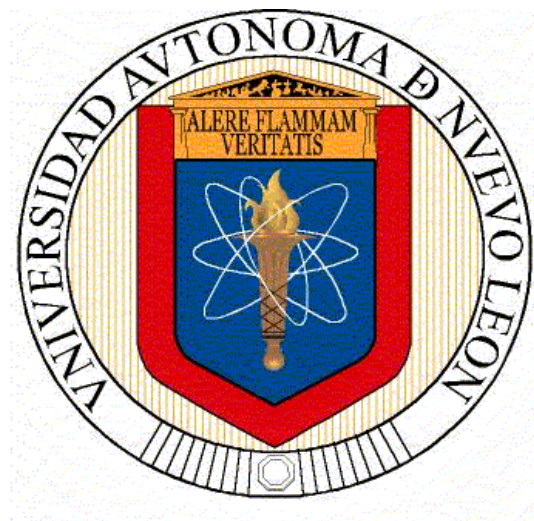


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



TESIS

**“VARIABLES PSICOSOCIALES RELACIONADAS CON LA
SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA”**

**PRESENTA:
M.C. FRESIA PALOMA HERNÁNDEZ MORENO**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN EN
PSICOLOGÍA**

MONTERREY, N. L., MÉXICO, DICIEMBRE DE 2014.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

DOCTORADO EN FILOSOFIA CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA



**“VARIABLES PSICOSOCIALES RELACIONADAS CON LA
SINTOMATOLOGIA DEL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO EN
MUJERES CON CANCER DE MAMA”**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORADO EN FILOSOFIA**

PRESENTA:

M.C. FRESIA PALOMA HERNANDEZ MORENO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RENE LANDERO HERNANDEZ

MONTERREY, N. L., MEXICO, DICIEMBRE DE 2014.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE PSICOLOGIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

DOCTORADO EN FILOSOFIA CON ORIENTACION EN PSICOLOGIA

La presente tesis titulada “Variables Psicosociales Relacionadas con la Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres con Cáncer de Mama” presentada por Fresia Paloma Hernández Moreno ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dr. René Landero Hernández
Director de tesis

Dra. Mónica Teresa González Ramírez
Revisor de tesis

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor de tesis

Dr. Benito Estrada Aranda
Revisor de tesis

Dra. Estrella Durá Ferrandis
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, diciembre de 2014.

DEDICATORIA

A todas las personas que en distintas circunstancias han tenido que convivir
con el padecimiento de cáncer.

Porfirio Espinoza, Marina Espinoza,

Teresa Coy.

“Las personas más bellas con las que me he encontrado son aquellas que han conocido la derrota, conocido el sufrimiento, conocido la lucha, conocido la pérdida, y han encontrado su forma de salir de las profundidades. Estas personas tienen una apreciación, una sensibilidad y una comprensión de la vida que los llena de compasión, de humildad y de una profunda inquietud amorosa. La gente bella no surge de la nada”

Elisabeth Kübler-Ross

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios por haberme puesto en este camino, por la salud que me ha permitido tener durante todo este tiempo para así poder realizar mis estudios de posgrado de la mejor forma.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), por su apoyo económico brindado para la realización de mis estudios de posgrado, así como las estancias de investigación realizadas en el extranjero.

A todas las pacientes que participaron en el proyecto, ya que sin ellas este trabajo no hubiese sido posible, por toda su disponibilidad y alegría compartida, así como el aprendizaje que brindaron a partir de todas sus experiencias.

Al Dr. Jesús Manuel García Solís, por haberme facilitado el acceso a las pacientes. Por todo su apoyo y paciencia durante el tiempo de recolección de la muestra.

Un agradecimiento especial a Janeth Ramos, Jazmín Zul, Arlene Ortiz y al todo el equipo de Cruz Rosa A. B. P. que me permitió que fuera más fácil la identificación de las pacientes, así como hacer más amena la estancia en el Hospital.

Al Dr. René Landero Hernández, por haberme adoptado como tesista y becaria durante todo este tiempo. Por todo el apoyo brindado durante la realización del proyecto y durante todo mi camino por posgrado. Por su confianza, paciencia, alegría y todo su conocimiento compartido. No me alcanzan las palabras para mostrarle cuan agradecida estoy.

A la Dra. Mónica González Ramírez, sin duda ha sido quien más ha aportado en la mejora de mi proyecto, y estoy muy agradecida por su conocimiento compartido, y todas sus valiosas aportaciones a este proyecto, así como a mi formación como investigadora, ha sido una parte muy importante de mi vida académica. Toda mi admiración y gratitud.

A la Dra. Estrella Durá Ferrandis, por haber confiado en mí desde un inicio, sin conocerme, por haberme dado la oportunidad de hacer dos estancias en Valencia y por seguirme apoyando como revisora de tesis. Gracias por toda su buena voluntad y su intención de apoyar en todo lo que respecta a mi crecimiento profesional.

Al Dr. Benito Estrada por su conocimiento brindado para mi formación como investigadora y por su apoyo como revisor de este proyecto.

Al Dr. José Moral por sus conocimientos compartidos durante mis estudios de posgrado, así como la revisión de este proyecto.

A mi familia académica, Lorena, Lucía, Melina, Seigy por ser parte de mi vida personal y académica, por todo lo que hemos compartido en estos años. Porque nuestras vidas se cruzaron por un objetivo en común, y juntas lo hemos logrado. Gracias por todo, por su amistad, su cariño, su paciencia, sin duda han sido cinco años hermosos, llenos de momentos que siempre recordaré con mucha alegría.

A Alejandra Mexía, mi amiga incondicional, quien ha sido gran soporte pese a la distancia, gracias por toda tu paciencia, por tener siempre palabras de aliento hacia mí, que aunque hemos pasado tanto tiempo lejos, me has apoyado y alentado en cada paso que doy.

A Patty Corrales, quien ha sido como mi hermana mayor, gracias por darme un pedacito de hogar en Monterrey, por siempre estar pendiente de mí y rescatarme cuando más lo he necesitado, gracias por todo tu apoyo y cariño.

Ilse, Karla, Yaya, gracias por su amistad y cariño, por todo su apoyo durante estos años y por siempre creer en mí.

A Minerva Huizar, por enseñarme a pensar en grande, a “pensar en lo absurdo”. Porque parte importante en mi decisión de hacer un posgrado fue gracias a tu orientación y motivación. Gracias por todo.

A Gerardo González Coy, quien indirectamente ha aportado un granito de arena a la realización de este proyecto, gracias por ser ese soporte tan grande, por haberme apoyado tanto en el día a día, y por hacer mi vida más alegre y más fácil. Gracias infinitas por todo tu amor.

A mis hermanos, Joan y Dorian, por estar en todo momento conmigo, porque aunque han sido años lejos, siempre regresar a ustedes es reencontrarme con lo más preciado que tengo en esta vida. Gracias por todo su amor.

A mis padres María de Jesús Moreno y Manuel Enrique Hernández, gracias por ser mi más grande motivación. Gracias por enseñarme a luchar por mis sueños y por hacerme saber que todo se puede lograr cuando se tiene voluntad. Porque estar lejos todos estos años no ha sido fácil, y aun así me han apoyado con amor en cada decisión que he tomado. Gracias por todo su amor y paciencia.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo el evaluar la presencia de las variables psicosociales y su relación con los síntomas de estrés postraumático en mujeres con cáncer de mama. Se realizó un estudio de tipo no experimental, correlacional-transversal. Con una muestra no probabilística de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama de $n=79$, atendidas en la Clínica de Mama del Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda”, en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Los resultados indicaron que el 54% de las pacientes tenía puntuaciones para considerarlas casos susceptibles al diagnóstico del TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático), además, quienes se encontraban en este grupo de pacientes, fueron las que obtuvieron las medias más altas en depresión, estrés y utilizaban más las estrategias de afrontamiento de desesperanza, preocupación ansiosa y evitación cognitiva. Por último, se encontró que el estrés y la preocupación ansiosa, son factores que explican el 35% de la varianza del TEPT, así como el estrés, la felicidad y la preocupación ansiosa explican el 14% de la varianza de la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama.

Palabras Clave: Cáncer de Mama, TEPT, Calidad de Vida, Afrontamiento, Variables Psicosociales.

ABSTRACT

The main objective of this study was to evaluate the presence of psychosocial variables and their relationship with posttraumatic stress symptoms in women with breast cancer. A study of non-experimental, correlational-cross sectional. With a nonrandom sample of women diagnosed with breast cancer $n=79$, attended at the Clínica de Mama of the Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" in the metropolitan area of Monterrey, Nuevo León. The results indicated that 54% of patients had scores to be considered susceptible to diagnosis of PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) also who were in this patient cases were those which had the highest means in depression, stress and used more coping strategies of hopelessness, anxious preoccupation and cognitive avoidance. Finally, we found that stress and anxious preoccupation are factors that explain 35% of variance in PTSD. And stress, happiness and anxious preoccupation explained 14% of variance in the quality of life in women with breast cancer.

Keywords: Breast Cancer, PTSD, Quality of Life, Coping, Psychosocial Variables.

INDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPITULO I	14
INTRODUCCION.....	14
Justificación de la investigación	28
Objetivo General	32
Objetivos específicos:.....	33
CAPITULO II	34
MARCO TEORICO	34
CÁNCER	34
Epidemiología	35
Tipos de cáncer más comunes	37
Cáncer de mama	37
Causas y/o factores de riesgo.....	42
Tratamiento Médico	43
Tratamientos quirúrgicos locales.....	44
Tratamientos sistémicos.....	45
ASPECTOS PSICOLÓGICOS	46
Enfoque teórico.....	48
Modelo explicativo del estrés y síntomas psicosomáticos.....	48
Control emocional	59
Apoyo social	60
Apoyo social y salud.....	61
Estrategias de afrontamiento	62
Depresión	66
Clases de depresión.....	67
Enfoque teórico para depresión	69
Felicidad	76
Felicidad y variables psicosociales.....	79
Estrés.....	81

Estrés y cáncer.....	83
Trastorno de estrés postraumático	84
Modelo cognitivo de Elhers y Clark (2000)	87
Trastorno de estrés postraumático y cáncer	92
Trastorno de estrés postraumático y estrés	94
Calidad de vida	96
CAPITULO III	103
METODO.....	103
PARTICIPANTES	103
Criterios de inclusión	103
Criterios de exclusión	103
INSTRUMENTOS	104
Escala de Estrés Percibido.....	104
EORTC QLQ-C30 3.0 Calidad de Vida	104
Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS.)	105
Cuestionario de Apoyo social.....	106
Escala Courtland de Control Emocional.....	106
Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Mental Adjustment to Cancer Scale, Mini-MAC, Watson et al., 1994).....	107
Escala del Impacto del Acontecimiento-Revisada (Impact of Event Scale- Revised, IES-R, Weiss y Marmar, 1997).	107
Escala de felicidad subjetiva (SHS).....	109
Consideraciones éticas	111
Análisis de Datos:.....	114
Limitaciones y Delimitaciones	117
CAPITULO IV	118
RESULTADOS	118
CAPITULO V	135
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	135
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1. Relación entre objetivos y análisis estadísticos	114
Tabla 2. Variables demográficas	114
Tabla 3. Estado civil	117
Tabla 4. Etapas del proceso de enfermedad	117
Tabla 5. Tipo de cirugía	118
Tabla 6. Etapa de diagnóstico del cáncer de mama	118
Tabla 7. Análisis de fiabilidad de los instrumentos	119
Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las variables	119
Tabla 8.1. Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento	120
Tabla 9. Estadísticos descriptivos de las variables y análisis de Kruskal-Wallis por grupos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.	121
Tabla 10. Análisis de U de Mann Whitney para Preocupación Ansiosa.	124
Tabla 11. Frecuencias para grupos de presencia y ausencia de sintomatología del TEPT.	124
Tabla 12. Estadísticos descriptivos de las variables significativas del análisis de U de Mann Whitney entre los grupos con presencia y ausencia de sintomatología de TEPT.	125
Tabla 13. Variables que mostraron diferencias en las pacientes con sintomatología del TEPT mediante U de Mann Whitney.	126
Tabla 14. Análisis de normalidad mediante Kolmogorov-Smirnov.	127
Tabla 15. Índices de bondad de ajuste para cada modelo estimado.	132

Figuras

Figura 1. Modelo hipotético	126
Figura 2. Modelo diecinueve	129

CAPITULO I

INTRODUCCION

Vivir con el diagnóstico de cáncer puede ser una fuente de estrés psicológico y social. En general, las mujeres con cáncer de mama pueden verse expuestas a situaciones que afecten su bienestar tanto físico como psicosocial. Ya que deben enfrentarse al impacto producido por el diagnóstico y las consecuencias que esto trae, además de los efectos secundarios de los tratamientos, el cambio en su apariencia corporal, así como el miedo a la recurrencia. También, en algunos casos las mujeres muestran un declive en su salud y un incremento en sus niveles de discapacidad física o hasta muerte (Reich & Remor, 2010).

Existen datos en los que se relacionan las variables psicológicas con el curso de la enfermedad del cáncer, dicha relación es considerada como facilitadora de su aparición, curso o posible remisión (Vera-Villaruel & Buela-Casal, 1999), como lo mencionan Arbizu (2000) y Sirera, Sánchez y Camps (2006), la alteración del sistema inmune puede activar el desarrollo o crecimiento de las enfermedades neoplásicas.

A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante en varios aspectos de la vida de los pacientes (Oblitas, 2006), desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis

caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon & Feist, 2001).

Las secuelas psicológicas que más se observan en pacientes con cáncer son los síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico (Cano, 2005; Mate, Hollenstein & Gil, 2004). Asimismo, los procedimientos médicos utilizados –mastectomía y quimioterapia–, generan gran variedad de efectos psicológicos en las pacientes (Cruzado, 2006; Olivares, 2007; Rojas-May, 2006), constituyendo experiencias traumáticas para muchas de ellas (Olivares, 2007).

El trastorno psiquiátrico que se asocia con más frecuencia con el cáncer es la depresión (Ritterband & Spielberger, 2001). Al respecto, hay evidencia de que la depresión y el estrés producen cambios en el sistema nervioso, inmunológico y endocrino, lo que influye para el desencadenamiento y evolución de la enfermedad (Tobón & Vinaccia, 2003). Los pacientes oncológicos pueden tener riesgo de depresión debido a diversos factores como pueden ser pobres habilidades de afrontamiento, apoyo social escaso, preocupación ansiosa, historia previa de problemas psicológicos, además de que las personas con edad temprana son más propensas a desarrollar este trastorno (Fischer & Wedel, 2012).

En diversas ocasiones se ha visto que las pacientes no cumplen con todos los criterios diagnósticos de depresión mayor. Y es cuando se habla de la presencia de sintomatología depresiva (Bardwell, Nitarajam, Dismdale, Mortimer & Hollenback, 2006).

En un grupo de mujeres que presentaron diagnóstico de cáncer de mama confirmado mediante resultado histopatológico y/o mamografía, se encontró una

alta prevalencia de depresión (14.2%), además se encontró que a mayor tiempo de evolución de la enfermedad, mayores serían los puntajes de depresión en este tipo de paciente oncológico (Morales-Chavez, Robles-García, Jimenez-Perez, & Morales-Romero, 2007).

El miedo a la recurrencia de la enfermedad puede agravar estas secuelas psicológicas, el cual acompaña a las pacientes sobrevivientes por largos periodos de vida, incluso cuando ya han sido de alta, es decir, cuando ya hayan derrotado la enfermedad (Rodríguez, Priede, Maeso, Arranz & Palao, 2011).

Además, los niveles de sintomatología depresiva por lo general son mayores cuando tienen pobre funcionamiento físico, más que a componentes de tipo afectivo/cognitivo de la depresión. Es decir, que entre más problemas físicos tengan es más probable que desarrollen sintomatología depresiva (Neipp, López-Roig, Terol & Pastor Mira, 2008).

Según el estudio de Ornelas-Mejorada & Sánchez-Sosa (2011) en pacientes con cáncer de mama que estaban recibiendo radioterapia, las pacientes deprimidas tienen más efectos secundarios como sequedad de boca, irritación en la piel, y dolor en la zona radiada, esto en comparación a las pacientes no deprimidas.

El cáncer y en concreto el cáncer de mama es un acontecimiento estresante que supone una amenaza para el curso vital de la persona a distintos niveles (Fawzy & Greenberg, 1996). Los problemas físicos asociados al cáncer pueden ser interpretados como fuente de estrés (Constanzo et al., 2007).

En un estudio cualitativo con 16 mujeres con cáncer de mama que habían recibido mastectomía (total o parcial), radioterapia y/o quimioterapia y que se encontraban entre uno y cinco años post-diagnóstico, el cual tuvo el objetivo de conocer los eventos estresantes en estas pacientes, se encontró que los principales factores eran: la alteración de su cuerpo debido a los diversos tratamientos, la recurrencia de pensamientos y sentimientos experimentados en relación a su condición de salud, los conflictos que se generaron en sus áreas familiares y sociales, así como el aspecto laboral, debido a las alteraciones experimentadas en su capacidad productiva en ésta área (Silva & Dos Santos, 2010).

Se ha encontrado que existe un patrón de conducta que se ha asociado al perfil de la persona con mayor riesgo de incidencia y/o progresión más rápida del cáncer, el cual consiste en la supresión o control de las emociones, personas de bajo neuroticismo/ansiedad, cálido, cordial y con escasa expresión de emociones negativas, en particular la ira (Andreu, 1998).

Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) encontraron en su estudio de pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico frecuentes manifestaciones de evitación a nivel conductual y emocional expresando poco sus sentimientos y a nivel cognitivo presentaron supresión de pensamientos negativos sustituyéndolos por pensamientos positivos que les favorecieran tolerar la enfermedad. Lo anterior entra dentro de las características del patrón de conducta tipo C, el cual se puede entender como un modo de afrontamiento caracterizado por el control y dominio de emociones socialmente negativas especialmente la ira.

En un estudio con 40 mujeres con cáncer de mama, que habían recibido cirugía, se encontró que los rasgos de personalidad más comunes en este grupo de mujeres, estaban relacionados a la dificultad en la expresión y regulación emocional, lo cual se relacionó con sintomatología de ansiedad, depresión y alteraciones somatomorfas (Cerezo, Ortiz-Tallo & Cardenal, 2009).

Desde hace más de dos décadas la psicooncología ha hecho importantes contribuciones al estudio de los factores psicológicos asociados con la incidencia del cáncer, un aporte importante ha sido el estudio de las diferencias de personalidad que probablemente hagan a unos individuos más propensos a desarrollar algunos tipos de cáncer o que afecten su curso o pronóstico (López, Ramírez, Esteve & Anarte, 2002).

El cáncer se ha considerado como un suceso que puede verse como un trauma, debido al impacto que este tiene en la vida de las personas que lo padecen, ya que según Petersen, Bull, Propst, Dettinger y Detwiler (2005), amenaza el sentido de cohesión del pasado, presente y futuro del paciente, lo que puede advertirse al escuchar el relato de su experiencia. Esto es consistente con planteamientos generales acerca de creencias básicas que se rompen tras experiencias traumáticas, creencias acerca de invulnerabilidad personal, de sentido de la vida y de que los sucesos son todos ordenados, predecibles y controlables (Sassón, 2004).

Bleiker, Pouwer, Van der Ploeg, Leer y Ader (2000) en un estudio longitudinal, evaluaron sintomatología de estrés postraumático, en una muestra de 170 pacientes de cáncer de mama que estaban recibiendo radioterapia en el

momento de la primera evaluación y que, previamente, habían sido intervenidas quirúrgicamente y se encontraban en estadios I, II y IIIA, los cuales se refieren al proceso que se usa para determinar si el cáncer se diseminó dentro de la mama o hasta otras partes del cuerpo, por lo que estos se consideran estadios tempranos (National Cancer Institute [NCI], 2013). Asimismo, este tipo de sintomatología fue nuevamente evaluada, transcurridos una media de 21 meses tras la cirugía de la mama. En el momento de la primera evaluación, un 16% de los pacientes obtuvieron puntuaciones iguales o superiores al punto de corte (≥ 20) de la sub escala de intrusión, la cual mide según el autor de la Escala de Impacto del Evento (IES) (Horowitz 1979), pensamientos, imágenes, sentimientos y pesadillas recurrentes relacionados con el estresor y un 15% en la sub escala de evitación, la cual evalúa la evitación persistente de estímulos asociados al trauma y se manifiesta mediante esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, además como la evitación de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma y la incapacidad para recordar un aspecto importante del mismo. En la segunda evaluación, los porcentajes se situaron en un 16% y un 8% para las escalas de intrusión y evitación, respectivamente. Mientras que las puntuaciones en intrusión no manifestaron aumento o disminución entre ambas mediciones, las puntuaciones en evitación mostraron un descenso significativo.

Epping-Jordan et al. (1999) evaluaron la sintomatología del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en 80 pacientes de cáncer de mama tras el diagnóstico y, posteriormente, tres y seis meses después, empleando para ello la escala IES (Horowitz et al., 1979). Aunque no ofrecieron datos acerca de la

prevalencia de la sintomatología de TEPT, los autores encontraron puntuaciones moderadamente elevadas en los tres momentos evaluados en intrusión la cual se define según Clark y Rhyno (2005), como la experimentación de pensamientos, imágenes o impulsos que se caracterizan principalmente por aparecer en la conciencia de forma repentina e involuntaria, ser repetitivos y/o recurrentes, y/o desagradables, además de interferir en la actividad cognitiva y/o conductual de la persona y en evitación, que se refiere según la Asociación Americana de Psiquiatría [APA, 2001], a los esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, así como evitar también actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. Además de que los autores mencionan que las puntuaciones en intrusión, disminuyeron significativamente a través de las fases de evaluación.

Menhert y Koch (2007), han llevado a cabo un estudio longitudinal en el que han evaluado la sintomatología de estrés agudo y postraumático en una muestra de 127 pacientes, bien con un diagnóstico de cáncer de mama o de sospecha de malignidad (N=98), diagnosticadas de una recurrencia de la enfermedad (N=29). La evaluación se llevó a cabo en dos momentos: tras la cirugía y seis meses después. Para ello, los autores utilizaron tanto la entrevista clínica estructurada SCID-DSM-IV (First et al., 1996), como dos cuestionarios de autoinforme: la escala IES-R-versión alemana (Weiss y Marmar, 1997; Maercker y Schützwohl, 1998) y el PCL-C (Weathers et al., 1993). A partir de la SCID, un 2.4% de las pacientes cumplió los criterios del TEA y TEP tras la cirugía. Cuando se empleó el IES-R, este porcentaje aumentó a un 18.5%. A los

seis meses, el TEP fue evaluado exclusivamente mediante instrumentos de autoinforme y los resultados arrojaron una tasa de prevalencia del 16.3% (IES-R) y del 11.2% (punto de corte) y 16.3% (procedimiento del síntoma) cuando se utilizó el PCL-C. Asimismo, un 9.2% de las mujeres cumplieron los criterios de TEP según ambos métodos. La prevalencia del TEP estimado a partir del IES-R no disminuyó significativamente entre ambas evaluaciones.

En un estudio longitudinal en mujeres con cáncer de ovario para la evaluación del estrés postraumático, se encontró una prevalencia del TEPT entre el 36% y el 45% para todas las mujeres evaluadas. En el cual el porcentaje de mujeres con este trastorno aumentó ligera aunque no significativamente con el paso del tiempo. Estos resultados confirman que, aunque una parte de las mujeres parecen ajustarse bastante bien a su cáncer, una mayor proporción encontró la experiencia de cáncer suficientemente traumática en algún momento del proceso de la enfermedad ya que experimentaron sintomatología de estrés postraumático. Además, los resultados muestran que el TEPT puede desarrollarse en cualquier momento durante la experiencia del cáncer (Gonçalves, Jayson, & Tarrier, 2011).

En el estudio de Gonçalves, Jayson, y Tarrier (2011), los resultados señalaron que la edad está relacionada con el TEPT de manera significativa, además de estar relacionada con el desarrollo de trastornos psicológicos. Es decir, las mujeres menores suelen considerar el cáncer como agresivo y las consecuencias de este pueden ser percibidas como más estresantes y traumáticas. Además, este estudio mostró una relación entre el trastorno de estrés postraumático y la depresión.

Además, Mehnert y Koch (2007), informaron que las mujeres con diagnóstico de estrés postraumático relacionado con el cáncer o trastorno de estrés agudo tenían más probabilidades de tener un trastorno comórbido.

Los efectos negativos de padecer cáncer, como los que se han mencionado anteriormente, influyen de manera importante la calidad de vida de las personas, ya que está se ve afectada cuando aparece una enfermedad crónica; el paciente puede experimentar desmejoramiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando a sí mismo, al auto concepto, el sentido de vida y provocando estados depresivos (Gil-Roales, 2004), además que esta se ha relacionado con la adaptación a la enfermedad y la respuesta a los tratamientos (Moreno & Kern, 2005).

En un estudio con 61 mujeres en tratamiento para el cáncer de mama, revelaron que el aumento en la fatiga está asociado con una menor calidad de vida durante el periodo en el que recibieron quimioterapia (Lee et al., 2008).

La calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama puede ser susceptible tanto por variables médicas, por lo avanzada que se encuentre su enfermedad, los tratamientos y sus efectos secundarios, el pronóstico que se le dé a su enfermedad, así como las posibilidades que tenga de rehabilitación. También puede verse afectada por variables psicosociales como la imagen corporal, el estado emocional y sus relaciones de pareja (Arrarás, Illarramendi, Manterola, Salgado & Domínguez, 2007).

Por otra parte, en un estudio longitudinal en pacientes con cáncer de mama que se evaluaron a partir de ser diagnosticadas en la ciudad de Taiwán, los resultados revelaron que las pacientes tenían una baja calidad de vida desde el primer mes de haber sido diagnosticadas y no se había recuperado este índice en el tercer mes después de haber recibido la cirugía, esto debido a los múltiples tratamientos que habían recibido. El mal funcionamiento del hombro, la fatiga y el mal aspecto percibido en las pacientes, fueron los predictores significativos de cambios en la calidad de vida durante los tres meses posteriores a la cirugía (Cheng et al., 2011).

Sin embargo, durante los últimos años ha crecido el interés en las distintas formas en que las personas hacen frente a las situaciones difíciles y estresantes que abordan en sus vidas (Chico, 2002); esto ha aumentado el interés en los recursos psicológicos que mejoran la salud, ya que estos funcionan como factores de protección psicológica relacionándose positivamente con la salud y el bienestar y aumentan la resistencia a la adversidad facilitando una adecuada evaluación y afrontamiento de los cambios y dificultades de los sucesos vitales (Remor, Amorós & Carrobles, 2006).

El apoyo social se considera importante para el ajuste psicosocial ya que se ha encontrado que los grupos de apoyo social benefician el estado físico de las mujeres con cáncer de mama (Helgeson, Cohen, Schulz & Yasko, 2000), además de incrementar la autoestima, el control percibido y significado de la experiencia (Helgeson & Cohen, 1996).

Turner-Cobb, Sephton, Koopman, Blake-Mortimer y Spiegel (2000) encontraron que un mayor apoyo social percibido disminuye la concentración de

cortisol, mostrando la influencia del apoyo social sobre la disminución del estrés a través de un indicador fisiológico del mismo.

Juárez y Landero (2009), en su investigación de mujeres con cáncer de mama, sobre las variables psicosociales y su relación con la salud, encontraron un nivel moderado de estrés y un nivel alto de apoyo social y optimismo. Los datos muestran un nivel moderado de estrés, que es importante tomar en cuenta debido a que la exposición constante a situaciones estresantes afecta la salud, por otro lado, una explicación para este nivel de estrés podrían ser las puntuaciones altas en apoyo social y optimismo, que son variables que funcionan como protectoras de la salud o moderadores del estrés.

En un estudio con mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mama, los autores concluyeron que la falta de apoyo social, los conflictos en sus relaciones personales se asociaron con más necesidades de apoyo y cuidados por parte del equipo de asistencia médica, además, eran los que manifestaban más síntomas como fatiga, sofocos y cambio en su apariencia corporal. El 56.2% de las pacientes sufría angustia, 24% ansiedad y 12% sufría depresión, además las pacientes con más problemas psicológicos solicitaban más atención (Schmid-Büchi, Halfens, Müller, Dassen & Van den Borne, 2013).

Por otra parte, el estudio de Huang y Hsu (2013) con mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer de mama, confirmó que el apoyo social por parte de las enfermeras, sobre todo en la fase inicial del tratamiento o en caso de pacientes recién diagnosticadas que no saben cómo manejar su enfermedad tiene un efecto amortiguador en relación a síntomas depresivos y la calidad de vida.

El apoyo social sirve para contrarrestar los sentimientos de frustración, aislamiento y puede ayudar a reconstruir el sentido de bienestar en mujeres con cáncer de mama (Huang & Hsu, 2013).

La forma de afrontar los sucesos como la enfermedad crónica no solo está mediada por la interpretación que hace el individuo de aquél, o por el concepto de calidad de vida que posea, sino también por el apoyo social que perciba, esto es, su valoración de las redes sociales que podrían favorecer la adaptación a dicho acontecimiento vital (Moreno & Ximénex, 1996).

Un estudio con pacientes de diferentes tipos de cáncer sobre estrategias de afrontamiento al estrés, menciona a partir de sus resultados, que los pacientes más jóvenes presentan estrategias de afrontamiento negativas (ansiedad, preocupación ansiosa, pasividad y resignación pasiva, huida y negación) y los de mayor edad presentan afrontamiento positivo (enfrenamiento y lucha activa, auto control emocional y búsqueda de apoyo social) (Díaz & Yaringaño, 2010).

Schroevers, Kraaij y Garnefski (2011), en su estudio con 172 adultos supervivientes de diferentes diagnósticos de cáncer revelaron que las distintas formas de afrontar la experiencia de cáncer generan diferencias en el bienestar psicológico de estas personas, sugieren que la evitación de pensamientos relacionados con la enfermedad está relacionada con menor nivel de bienestar y un menor nivel de autoconfianza, peores relaciones sociales y un menor sentido vital; de manera contundente, dicho estilo de afrontamiento basado en la negación puede potenciar experiencias negativas.

Mera y Ortiz (2012), en base a los resultados de su investigación con mujeres con cáncer de mama, concluyen que la utilización de estrategias de afrontamiento activo, las cuáles se refieren a el enfrentamiento de los estresores por medio de la búsqueda activa de apoyo social y/o mediante la reestructuración cognitiva, esta entendida como el cambio al significado del evento estresante, está asociado con una mejor calidad de vida en este tipo de pacientes. Así como el utilizar la autocrítica y/o el aislamiento social, se asoció a una baja calidad de vida.

La felicidad se puede definir como el bienestar subjetivo, el cual se hace desde una evaluación personal, subjetiva y global y de su calidad cognitiva y afectiva de la vida de las personas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Marans & Stimson, 2011). La felicidad forma parte de lo que se consideran emociones positivas y según Lykken (2000), existe evidencia de que los individuos pueden fortalecer su capacidad de experimentar y maximizar las emociones positivas, las cuales están relacionadas con la mejora de la salud física, emocional y social (Fredrickson, 2000).

Un número considerable de estudios han indicado la influencia de la felicidad en la salud física, mental y en la creatividad de las personas, así como la infelicidad por el contrario, puede ser un factor que influya en la depresión e inclusive en el suicidio (Moyano & Ramos, 2007; Gerstenbluth, Rossi & Triunfo, 2008; Koopmans, Geleijnse, Zitman & Gitay, 2010; Mustaca, Kamenetzky & Vera-Villarroel, 2010; Piqueras, Kuhne, Vera-Villarroel, Van Straten & Cuijpers, 2011).

Existen factores que se consideran protectores entre la felicidad

percibida y las situaciones estresantes que se puedan presentar a lo largo de la vida, como lo es el apoyo social, del cual existe gran evidencia de que el funcionamiento social y la felicidad están relacionados de manera importante (Bishop, Martin & Poon, 2006; Cacioppo, Hawkley, Kalil, Hughes, Waite & Thisted, 2008). Como lo mencionan Jopp y Rott (2006), la salud física y el funcionamiento social se consideran determinantes de la felicidad en los adultos.

Además, es importante mencionar que algunos estudios han reportado que las personas felices manifiestan menores síntomas en el ámbito de la salud física y mental, así como en el funcionamiento social (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

En un estudio con mujeres con cáncer de mama se encontró que existe una relación importante entre la felicidad y la percepción de salud, ya que la salud se considera un factor importante al momento de que la persona valora su felicidad, así como también, la felicidad o la experimentación de emociones positivas pueden incrementar la salud percibida en este tipo de pacientes y en población general (Hernández & Landero, 2014).

La mayoría de los estudios que se han hecho respecto a la felicidad subjetiva han sido en población general (Diener & Seligman, 2002; Moyano & Ramos, 2007; Marans & Stimson, 2011; Vera-Villarroel, Celis-Atenas & Córdoba, 2011;), población universitaria (Omar, París, Aguilar de Souza, Almeida da Silva & Del Pino-Piña, 2009; Mustaca, Kamenetzky & Vera-Villarroel, 2010), en niños (Holder & Klassen, 2010) y en adultos mayores (Bishop, Martin & Poon, 2006; Diener & Chan, 2011), por lo que se hace

importante el estudiar esta variable desde la perspectiva de los pacientes con enfermedades crónicas, en este caso en pacientes con cáncer de mama.

Con base a lo expuesto en la presente investigación nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las variables relacionadas con la sintomatología del trastorno de estrés postraumático en mujeres con cáncer de mama?

Justificación de la investigación

Debido a que el cáncer ha pasado de ser una enfermedad mortal, al convertirse en una enfermedad crónica a partir de importantes aportes de la medicina en cuanto a tratamientos en los que se puede alargar la supervivencia de los pacientes de manera importante, siendo el caso específico de las pacientes con cáncer de mama, en quienes, debido a los diversos programas públicos de cribado y detección oportuna de este tipo de neoplasia aun en mujeres aparentemente sanas, se ha logrado que gracias a la detección en etapas iniciales, esta enfermedad se pueda curar en su totalidad y tener un número de años de supervivencia importante después del diagnóstico.

Por su parte, esto también ha provocado que a pesar de ser una enfermedad que se puede curar en su totalidad, que las pacientes puedan verse afectadas en diversas áreas de su vida debido a los tratamientos y estrategias médicas utilizadas.

La calidad de vida de la mujer se ve afectada notablemente después del

diagnóstico de cáncer de mama, dado que surgen efectos físicos, psicológicos y sociales que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida (Cano, 2005; Mate, Hollenstein & Gil, 2004; Cruzado, 2006; Olivares, 2007; Rojas-May, 2006).

El hecho que una mujer se enferme o muera por este tipo de cáncer tiene un importante impacto en nuestra sociedad, debido a que la mujer constituye un papel muy importante en el hogar. Además, desempeña múltiples roles en sus diferentes ámbitos de vida, tales como el laboral, académico, político, familiar y personal. Los cuales se deterioran drásticamente después del diagnóstico, debido a que puede incluso abandonar su trabajo de forma temporal o permanente, así como sus actividades sociales pueden verse afectadas por este padecimiento, por lo incapacitante que puede llegar a ser (Oliva, Lobo, López, Zozaya & Ramay, 2005; Zambrana, Zurita & Ramírez, 2008).

La aplicación de las diferentes estrategias terapéuticas disponibles para el cáncer, provoca una amplia gama de síntomas que afectan a quien padece la enfermedad y a la familia. Implica para ambos aislamiento social, deformación interna y externa de la imagen corporal, rechazo, sobreprotección, invalidez, pérdida del puesto laboral, redistribución de los recursos económicos y planificación con miras al futuro (Muñoz, Espinoza, Rodríguez & Portillo, 2002).

El diagnóstico y tratamiento del cáncer puede conceptualizarse como un acontecimiento traumático de carácter crónico, que abarca una serie compleja de estresores y reacciones psicológicas acumulativas derivadas de ellos. Esta experiencia puede ser comprendida como una serie de traumas discretos que podrían delimitarse en torno a cada una de las fases concretas que caracterizan

el proceso de la enfermedad (Green, Epstein, Krupnick & Rowland, 1997).

Las secuelas psicológicas que más se observan en pacientes con cáncer son los síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico (Cano, 2005; Mate, Hollenstein & Gil, 2004).

Además, se ha encontrado que las personas con cáncer tienden a suprimir o controlar las emociones negativas, en particular la ira, esto está asociado a un mayor riesgo y/o incidencia más rápida del cáncer, además podría ser el perfil de las personas con apoyo social escaso o inadecuado, utilizando el desamparo/ desesperanza como modo de afrontamiento al estrés (Andreu, 1998), esto afectando considerablemente la calidad de vida de las pacientes con neoplasia mamaria.

Los datos expuestos anteriormente son suficiente evidencia de la importancia del presente estudio, por lo que se considera significativo para los profesionales e investigadores en el ámbito de la de la salud mental, evaluar y conocer mejor el proceso por el que estas mujeres pasan durante toda su enfermedad y conocer más a fondo los momentos en los que ellas necesitan apoyo por parte del equipo de asistencia psicológica, así como de las personas que están más cercanas a ellas.

Además, en este estudio se considera de gran importancia el realizar comparaciones respecto a las variables psicosociales dependiendo en la etapa en que se encuentren (diagnóstico, tratamiento o seguimiento), esto con la finalidad de conocer en qué momento tienen más necesidades de apoyo psicológico este tipo de pacientes. Como ya lo han hecho otros investigadores en diferentes partes del mundo, sobre estrés postraumático y otras variables,

tales como el distrés, trauma, ajuste psicológico, afrontamiento, optimismo y pensamientos intrusivos. (Bleiker et al, 2000; Epping-Jordan et al, 1999; Primo et al, 2000, en EUA, Mehnert & Koch, 2007, en Alemania).

En México según la Secretaría de Salud [SSA], (2007), el cáncer de mama, es a partir del 2006, la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 25 años, además señala que los datos de morbilidad del cáncer de mama por entidad federativa en el 2005 indican una mayor incidencia en el Distrito Federal y Jalisco, además de los estados del norte, particularmente las entidades fronterizas, como Nuevo León, Chihuahua, Coahuila, Sonora, Baja California Sur y Tamaulipas. Debido a esto, se vuelve una motivación más a la realización del estudio, ya que Nuevo León es uno de los estados con mayor incidencia de este tipo de padecimiento en nuestro país.

Hasta este momento no se han encontrado estudios en los que se relacione el estrés postraumático con las variables psicosociales (estrés percibido, depresión, control emocional, apoyo social, estrategias de afrontamiento, felicidad) y el cáncer de mama, y considerando que un enfermo de cáncer sufre de afectaciones en diferentes ámbitos de su vida, además de los problemas de salud, en el que puede verse afectado en aspectos personales, sociales y hasta laborales. Es por ello que se considera importante hacer un estudio con variables que puedan abarcar diferentes ámbitos de las pacientes con la finalidad de elaborar un modelo parsimonioso en el que se pueda explicar cuáles son los aspectos que pueden predecir en desarrollo de sintomatología de estrés postraumático, así como también las variables que puedan funcionar como protectoras en relación a este trastorno.

Este estudio pretende brindar por medio de sus resultados, aportaciones para que todas aquellas personas que trabajen de alguna forma con mujeres con algún tipo de neoplasia mamaria, consideren la información que se aporte y pueda ser utilizada como medida preventiva mediante la elaboración de programas de intervención para las pacientes en relación a la aparición de estas variables que afectan a la calidad de vida en las pacientes, como lo son el estrés percibido, depresión, así como también del desarrollo de sintomatología de estrés postraumático.

O en su caso se elaboren programas de intervención para reducir este tipo de padecimientos durante las diferentes etapas por las que atraviesan, así como el desarrollo de estrategias de afrontamiento que contribuyan a una mejor adaptación a la enfermedad y contribuya a una buena calidad de vida durante y después de la enfermedad y que a partir de lo anterior se les pueda ofrecer un tratamiento con un enfoque bio psicosocial, al abarcar las diferentes áreas de las pacientes.

Objetivo General

En el siguiente apartado se mencionarán con fines sintéticos las palabras “variables psicosociales”, las cuales se refieren a las que menciono a continuación: Estrés percibido, Apoyo social, Depresión, Estrategias de afrontamiento, Control emocional, Calidad de Vida, Felicidad.

Objetivo general:

Evaluar la presencia de las variables psicosociales y su relación con los síntomas de estrés postraumático en mujeres con cáncer de mama.

Objetivos específicos:

1. Evaluar las características y comportamiento estadístico de las variables psicosociales y el estrés postraumático.
2. Evaluar los niveles de estrés, depresión, calidad de vida, felicidad, los puntajes de control emocional, apoyo social, trastorno de estrés postraumático, así como el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres con cáncer de mama, de acuerdo a la etapa en la que se encuentren (diagnóstico, tratamiento o seguimiento).
3. Evaluar las diferencias de las variables psicosociales en mujeres con cáncer de mama, respecto a la etapa en la que se encuentren (diagnóstico, tratamiento o seguimiento).
4. Evaluar las diferencias de las variables psicosociales respecto a los grupos de pacientes con puntuaciones ≥ 20 de TEPT.
5. Identificar las variables psicosociales relacionadas con la sintomatología del trastorno de estrés postraumático en mujeres con cáncer de mama.
6. Estimar un modelo estructural parsimonioso para explicar la sintomatología del estrés postraumático en mujeres con cáncer de mama.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

CÁNCER

El cuerpo está compuesto de cientos de millones de células vivas. Células del cuerpo normal que crecen, se dividen, y mueren de un modo ordenado. Durante los primeros años de la vida de una persona, las células normales se dividen más rápido para permitir a la persona crecer. Después de que la persona se convierte en adulto, la mayor parte de las células se dividen sólo para sustituir células desgastadas, dañadas, o que mueren (American Cancer Society, 2010).

Las células envejecen, mueren y son reemplazadas por células nuevas, en ocasiones este proceso de división se descontrola, nuevas células se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita y las células viejas no mueren cuando deberían de morir, como estas células ya no tienen una función, se acumulan formando una masa de tejido a la cual se le llama tumor. No todos los tumores son cancerosos, pueden ser tumores benignos o malignos, las características de los no cancerosos es que generalmente se pueden extraer y no vuelven a crecer, por lo que no se disemina hacia otros tejidos; en el caso de los tumores malignos sus células pueden invadir el tejido a su alrededor y pasarse a otros órganos del cuerpo (National Cancer Institute, 2007).

Con esta definición podemos entender que no se hace referencia a un solo padecimiento ni una sola condición, pues el termino cáncer engloba aproximadamente unos 200 tipos de condiciones médicas. En relación a lo anterior hay que añadir que el cáncer puede afectar a casi cualquier órgano del sistema humano y es en función del órgano afectado que varía su pronóstico y su sintomatología (Sánchez & Álvarez, 2009).

Epidemiología

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en su publicación Estadísticas a Propósito del Día Mundial contra el Cáncer 2014, menciona que a nivel mundial, el cáncer es la primera causa de mortalidad. En 2008, fallecieron en el mundo por alguna neoplasia 7.6 millones de personas que representan 13% de las defunciones generales.

En la región de las Américas fallecieron 1.2 millones de personas en 2008 por cáncer; afectando a los hombres principalmente en la próstata, pulmón, colonorrectal y estómago; y las mujeres en la mama, pulmón, colonorrectal y cervicouterino (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013).

Las defunciones por cáncer en México, Del total de defunciones registradas en el país durante 2008, 13 de cada 100 tuvieron como causa principal algún tipo de cáncer.

En los últimos diez años las mujeres presentan los mayores porcentajes de muertes por neoplasias en comparación con los hombres, teniendo las

mujeres un porcentaje de 15.2% en función a los fallecimientos totales, teniendo una diferencia mayor de 3.6% con respecto a los hombres.

Las diferencias biológicas, así como el grado de exposición a factores de riesgo hacen que algunos tipos de cáncer se desarrollen de forma diferenciada entre mujeres y hombres.

Dentro de las principales causas de mortalidad para las mujeres, se puede encontrar el tumor maligno del cuello del útero, de mama, estómago, hígado y vías biliares intrahepáticas, así como el de tráquea, bronquios y pulmón.

Las dos primeras causas de defunción por cáncer en mujeres, cuello del útero y mama, han evolucionado de tal forma en el tiempo que han invertido su presencia. El 13.4 % corresponden al cáncer de mama y el 11.2% al del cuello del útero.

Según la Secretaría de Salud [SSA], (2007), el cáncer de mama en México, es a partir del 2006, la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 25 años, además señala que los datos de morbilidad del cáncer de mama por entidad federativa en el 2005 indican una mayor incidencia en el Distrito Federal y Jalisco, además de los estados del norte, particularmente las entidades fronterizas, como Nuevo León, Chihuahua, Coahuila, Sonora, Baja California Sur y Tamaulipas.

Tipos de cáncer más comunes

De acuerdo a la OMS (2014), los principales tipos de cáncer que contribuyen a la mortalidad general anual por cáncer son los siguientes:

- Pulmón (1.59 millones de defunciones)
- Hepático (745 000 defunciones)
- Gástrico (723 000 defunciones)
- Colorrectal (694 000 defunciones)
- Mamario (521 000 defunciones)
- Cáncer de esófago (400 000 defunciones)

Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial (ordenados según el número de defunciones mundiales) son los siguientes:

- Entre hombres: de pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago y próstata
- Entre mujeres: de mama, pulmón, estómago, colon-recto y cuello uterino.

Cáncer de mama

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que

invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. (SSA, 2007).

Según Elías, Contreras & Llanque (2008), las manifestaciones clínicas del cáncer de mama son las siguientes:

- Nódulo en el interior de la mama Dolor de mama
- Aumento del tamaño de la mama
- Telorrea (secreción del pezón)
- Cambios cutáneos (cambios en el color o textura de la piel.

A continuación se presenta la clasificación de los estadios del cáncer de acuerdo al Instituto Nacional del Cáncer (2013):

Estadio 0 (carcinoma in situ)

Hay tres tipos de carcinoma de mama in situ:

Carcinoma ductal in situ (CDIS): es una afección no invasiva en la que se encuentran células anormales en el revestimiento de un conducto de la mama. Las células anómalas no se diseminaron afuera de este conducto hasta otros tejidos de la mama. En algunos casos, el CDIS se puede volver cáncer invasivo y diseminarse hasta otros tejidos. Por el momento no se puede saber cuáles lesiones se volverán invasivas.

Carcinoma lobulillar in situ (CLIS): afección en la que se encuentran células anormales en los lobulillos de la mama. Muy raras veces esta afección se vuelve cáncer invasivo. Sin embargo, el presentar CLIS en una mama aumenta el riesgo de presentar cáncer de mama en cualquier mama.

Estadio I

- En el estadio I, el cáncer ya se formó. El estadio I se divide en los estadios IA y IB.
- En el estadio IA, el tumor mide dos centímetros o menos, y no se diseminó fuera de la mama.

En el estadio IB se encuentran pequeños racimos de células de cáncer de mama (mayores de 0,2milímetros, pero no mayores de dos milímetros) en los ganglios linfáticos y se presenta una de las siguientes situaciones:

- No se encuentra un tumor en la mama; o
- El tumor mide dos centímetros o menos

Estadio II

El estadio II se divide en los estadios IIA and IIB.

En el estadio IIA:

- No se encuentra tumor en la mama, o el tumor mide dos centímetros o menos. El cáncer(que mide más de dos milímetros) se encuentra en uno a tres ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cerca del esternón (se encuentra durante una biopsia de ganglio linfático centinela);
- El tumor mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros.
- El cáncer no se diseminó hasta los ganglios linfáticos.

En el estadio IIB, el tumor tiene una de las siguientes características:

- Mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros. Se encuentran pequeños racimos de células de cáncer de mama en los

ganglios linfáticos (mayores de 0,2 milímetros pero no mayores de dos milímetros); o

- Mide más de dos centímetros pero menos de cinco centímetros. El cáncer se diseminó a uno a tres ganglios linfáticos axilares o a los ganglios linfáticos cerca del esternón (se encuentran durante una biopsia de ganglio linfático centinela); o
- Mide más de cinco centímetros, pero no se diseminó hasta los ganglios linfáticos.

Estadio IIIA

En el estadio IIIA:

- No se encuentra tumor en la mama o el tumor puede ser de cualquier tamaño. Se encuentra cáncer en 4 a 9 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cerca del esternón (se encuentran durante pruebas con imágenes o un examen físico); o
- El tumor mide más de cinco centímetros. Se encuentran pequeños racimos de células de cáncer de mama (miden más de 0,2 milímetros pero menos de dos milímetros) en los ganglios linfáticos; o
- El tumor mide más de cinco centímetros. El cáncer se diseminó hasta uno a tres ganglios linfáticos axilares o a los ganglios linfáticos cerca del esternón (se encuentran durante una biopsia de ganglio linfático centinela).

Estadio IIIB

- En el estadio IIIB, el tumor puede tener cualquier tamaño y el cáncer se

diseminó hasta a la pared torácica o la piel de la mama y produjo inflamación o úlcera. El cáncer también se puede haber diseminado hasta:

- No más de nueve ganglios linfáticos axilares; o
- Los ganglios linfáticos cerca del esternón.
- El cáncer que se diseminó hasta la piel de la mama se llama cáncer de mama inflamatorio. Para mayor información, consultar la sección sobre Cáncer de mama inflamatorio.

Estadio IIIC

- En el estadio IIIC, no se encuentra un tumor en la mama o el tumor puede tener cualquier tamaño. El cáncer se pudo diseminar hasta la piel de la mama y causar inflamación o una úlcera, o se diseminó hasta la pared torácica. El cáncer también se diseminó hasta:
- Diez o más ganglios linfáticos axilares; o
- Ganglios linfáticos por encima o debajo de la clavícula; o
- Ganglios linfáticos axilares y ganglios linfáticos cerca del esternón.
- El cáncer que se diseminó hasta la piel de la mama puede ser cáncer de mama inflamatorio.

Para fines de tratamiento el cáncer de mama en estadio IIIC se divide en operable e inoperable.

Estadio IV

En el estadio IV, el cáncer se diseminó hasta otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

Causas y/o factores de riesgo.

Aún no se ha podido definir el motivo que directamente inicie la enfermedad en el seno, sin embargo, se han identificado numerosos factores que contribuyen a aumentar el riesgo de padecerla. (Novoa, Pliego, Malagón & Bustillos, 2006).

Como ocurre en otros tipos de cáncer, en el de mama existen factores que pueden estar solos o en conjunto y favorecer el desarrollo de esta neoplasia (Chen & Colditz, 2007; Veronesi, Boyle, Goldhirson, Orecchia & Viale, 2005). Pueden estar presentes durante periodos largos; algunos de estos factores tienen riesgos relativos menores. La presencia de dos o más incrementa la posibilidad de desarrollar esta enfermedad. Los más importantes según el Instituto Nacional del Cáncer (2010) son:

- Edad avanzada.
- Menstruación a temprana edad (antes de los 12 años).
- Edad avanzada al momento del primer parto (34 años) o no haber dado nunca a luz.
- Antecedentes personales de cáncer de mama o de enfermedad benigna (no cancerosa) de mama (hiperplasia ductal atípica).
- Madre o hermana(s) con cáncer de mama.

- Tratamiento con radioterapia dirigida a la mama/pecho 10 a 15 años previos al diagnóstico de cáncer de mama.
- Densidad mamaria aumentada en una mastografía.
- Terapia de reemplazo hormonal.
- Consumir bebidas alcohólicas.
- Ser de raza blanca.
- Alteraciones genéticas (BRCA 1 y BRCA 2 en cáncer hereditario de mama/ovario, PTEN en el síndrome de Cowden, P 53 en el síndrome de Li-Fraumeni, STK11 en el síndrome de Peutz-Jeghers, CDH1 en el síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario). (Cheng, Yoon, Lauwers & Patel, 2007).

Brandan y Villaseñor (2006) mencionan que el riesgo más importante para padecer cáncer de mama es ser mujer y que la relación de este cáncer entre mujeres y hombres es de 100 a 1; así como también que la incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad.

Tratamiento Médico

De acuerdo con Sefchovich (2005), los tratamientos pueden ser locales (en la misma mama) o sistémicos (en todo el organismo).

Tratamientos quirúrgicos locales.

Quirúrgicamente se puede efectuar una tumorectomía o una mastectomía, cada una de ellas con sus relativas ventajas. Se considera que los dos tipos de intervenciones tienen resultados médicos equivalentes para muchos tipos precoces de cáncer de mama.

Según García y Martínez (2007) la estrategia terapéutica contra el cáncer es el control regional de la enfermedad, dando primeramente tratamiento sobre la mama y sus cadenas ganglionares regionales además de tratar la enfermedad a distancia, es decir, las micrometástasis en los estadios iniciales o avanzados.

Los tratamientos se dividen en dos tipos: 1) tratamientos locales: como la cirugía y la radioterapia, que actúan solo en la zona anatómica del tumor que incluye la mama y sus cadenas linfoganglionares regionales; 2) tratamientos sistémicos: como la quimioterapia, la hormonoterapia y tratamientos biológicos, estos actúan sobre todo el organismo para erradicar la enfermedad metastásica o micrometastásica.

Las modalidades de tratamiento según Sefchovich (2005) son las siguientes:

Tumorectomía. En esta intervención el cirujano extirpa el tumor de la mama y una muestra de los ganglios linfáticos de la axila. La principal ventaja de este procedimiento es que preserva la mama a diferencia de la mastectomía. Sin embargo, a menudo queda la preocupación de que el cáncer reaparezca y de que entonces no pueda ser extraído con tanta facilidad. Tras la

tumorectomía, se pueden administrar hormonas o quimioterapia. Además casi siempre se efectúan radiaciones, un tratamiento complementario, para aumentar la efectividad de la cirugía.

Mastectomía. Una mastectomía radical modificada (el procedimiento más común) supone la extirpación de la mama y de los ganglios linfáticos, pero conserva los músculos intactos. La mastectomía implica una mayor alteración de la apariencia física de la mujer que la tumorectomía, pero supone abandonar la posibilidad de la reaparición del cáncer de mama. Sin embargo, todavía es posible la reaparición en la zona de escisión, así como las metástasis, o propagación del cáncer de mama en otros órganos.

Radioterapia. Se proyectan rayos X de alta energía a la mama, a la pared del tórax y, en ocasiones, a las áreas cercanas que todavía tengan ganglios linfáticos, para destruir las células cancerosas. Se dibujan marcas en la piel para precisar la zona afectada. Los tratamientos se efectúan 5 días a la semana, durante aproximadamente 5 semanas. La radioterapia no es dolorosa, pero puede provocar fatiga intensa y algunos cambios en la piel, así como complicaciones personales por la duración, el coste y la disponibilidad del tratamiento.

Tratamientos sistémicos

Con este término se hace referencia a los tratamientos sobre todo el organismo a través del torrente sanguíneo. Se clasifican en dos tipos: quimioterapia y terapia hormonal.

Quimioterapia. Se ofrece este tratamiento cuando el riesgo de extensión del cáncer es lo suficientemente importante como para justificarlo. A las mujeres premenopáusicas con ganglios linfáticos positivos casi siempre se les aplica la quimioterapia. Cuando los ganglios linfáticos son negativos el empleo de este tratamiento es variable.

La quimioterapia funciona interfiriendo en la reproducción celular y, por lo tanto, provoca la muerte de las células cancerosas. Sin embargo, la quimioterapia no es selectiva con las células y destruirá todas aquellas que se dividen rápidamente, incluyendo las células del pelo, las del revestimiento intestinal y las de la médula ósea. Por lo tanto la terapia se administra en ciclos, en diversas pautas y combinaciones farmacológicas. Los tratamientos pueden durar de doce semanas a un año.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, todas las personas con enfermedades físicas en general, y con aquellas de curso crónico y degenerativo en lo particular, resultan especialmente vulnerables a la presencia de problemas de salud mental (OMS, 2010).

El cáncer ha despertado el interés por los profesionales de la salud sobre los aspectos psicológicos relacionados a dicha enfermedad, esto es relativamente reciente y comenzó su impacto a nivel internacional en los años 70 con una serie de cambios, entre los que destacan que el cáncer dejó de

verse como una enfermedad mortal debido a que tratamientos como la quimioterapia han favorecido un mejor pronóstico en la enfermedad, lo que permitió que se concibiera como una enfermedad crónica con la que el paciente conviviría por mucho tiempo y por lo que toma importancia proporcionar ayuda para la adaptación a esta nueva situación (Durá & Ibañez, 2000; Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez & Oblitas, 2008).

Esta enfermedad, como todas las crónicas, ha merecido una particular atención en cuanto a los mecanismos psicológicos de ajuste que se desencadenan en el proceso de afrontamiento de la misma. (García-Viniegras & González, 2007).

Los aportes de la psicología de la salud han facilitado la investigación de factores psicológicos considerados predisponentes a las enfermedades crónicas, así como aquellos vinculados a la evolución y tratamiento de estas patologías (Hernández & Grau, 2006).

La psicooncología ha hecho importantes contribuciones al estudio de los factores psicológicos asociados con la incidencia del cáncer, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas que padecen esta enfermedad. (López, Ramírez, Esteve & Anarte, 2002).

La Psicooncología es el estudio de los aspectos psicológicos de la atención y el tratamiento del cáncer, esta se ocupa principalmente de dos aspectos: 1) de las respuestas psicológicas ante el cáncer del paciente, de la familia y del personal de salud, ante todas las etapas, y 2) de los factores

psicosociales que pueden influir en el proceso de la enfermedad (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall & Sykes, 2008).

Enfoque teórico

Modelo explicativo del estrés y síntomas psicosomáticos

Este modelo fue elaborado por González y Landero (2006), el cual está basado en la Teoría Transaccional del Estrés (Lazarus & Folkman, 1984). Este modelo incluye primeramente los estresores, que pueden ser diarios, recientes, crónicos o ambos. La percepción o no de estrés depende de la valoración que ésta haga en cuanto a los recursos con los que cuente (ejemplo: autoestima, autoeficacia), así como también el apoyo con el que cuenta (ejemplo: apoyo social) y de la situación (ejemplo: amenazante, desafiante o de daño/pérdida). Además también se considera que las variables sociodemográficas (ejemplo sexo femenino), pudieran estar asociadas a la percepción del estrés y los síntomas psicosomáticos.

En el momento en el que el sujeto percibe algún nivel de estrés, pueden presentarse respuestas a nivel emocional, como pueden ser la depresión y la ansiedad; conductuales como el afrontamiento y fisiológicos, como pueden ser los síntomas psicosomáticos. Finalmente, González y Landero (2006), plantean relaciones directas entre algunas variables, ya que dichas relaciones han sido comprobadas por estudios empíricos (autoestima y estrés; apoyo social y estrés; depresión y síntomas; ansiedad y síntomas; además de estrés y síntomas).

Se considera importante mencionar que Lazarus (2000), enfatizaba sobre la dificultad de hacer modelos que fueran generalizables entre las personas, ya que el estrés se puede considerar como un proceso particular, por lo que la experiencia del síntoma puede variar de una persona a otra, e incluso en la misma persona de un momento a otro (Rodríguez, 2001).

A continuación se definirán las variables del modelo explicativo del estrés y síntomas psicosomáticos de González y Landero (2006), aclarando que puede haber variables relacionadas al estrés y a los síntomas psicosomáticos que pudieran incluirse en el modelo, sin embargo, solo se mencionarán las que se utilizarán para este proyecto de investigación.

Estresores

El estrés como proceso se plantea cuando el sujeto está frente a un estresor, pudiendo considerarse este como un suceso vital, menor estrés crónico o ambos. Estos se definen como situaciones que requieren un ajuste por parte de los individuos debido principalmente a cambios en su entorno (Peñacoba y Moreno, 1999). Los sucesos vitales se consideran por lo general acontecimientos no planeados o imprevistos, que pueden perjudicar a la persona física o psicológicamente. Regularmente suelen ser sucesos que inevitables y que quienes los padecen no suelen tener el tiempo para prevenirlos o prepararse para enfrentarlos (Sandín, Chorot, Santed & Valiente, 2002).

Al hablar de sucesos vitales no se refiere a un suceso en concreto sino a un proceso acumulativo de eventos ocurridos durante los últimos dos o tres años, el cual según Sandín (2003), se conoce como estrés reciente. Los sucesos vitales son estresores cuando se han percibidos como visible y molesto en la calidad de vida de la persona. Esta manera de ver el estresor hace énfasis en la experiencia individual subjetiva (Peñacoba & Moreno, 1999).

Los sucesos vitales se pueden entender como factores que predisponen o precipitan, en cuanto a la relación con la salud. Estos por lo general se constituyen por acontecimientos que sucedieron en la infancia (maltrato infantil, pérdida de algún padre, entre otros); al mismo tiempo que los factores precipitantes también pueden ser cambios recientes, que ocurrieron por lo general en los últimos dos años (ejemplo: separación matrimonial, pérdida de empleo, despido laboral, entre otros) (Sandín, 2003).

El estrés social que ha sido investigado en los últimos años es el llamado estrés diario o de sucesos menores, que se encuentra entre el estrés reciente (por sucesos vitales) y el crónico (Sandín, 1999). Este se caracteriza por ser de mayor frecuencia y se ha relacionado de forma cercana a la salud física y mental, que en comparación a los sucesos mayores (Sandín et al., 2002).

Los sucesos vitales se diferencian de diversos estresores sociales más recurrentes y de mayor duración, los cuales se definen en la actualidad como estrés crónico (Sandín, 2003). Estos consisten en problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que comúnmente se pueden encontrar en la vida diaria de la mayor parte de la gente; gran parte de los estresores crónicos

están relacionados con los roles sociales más importantes, como lo pueden ser problemas laborales, problemas de pareja o relaciones familiares complicadas

Tanto los sucesos vitales como los sucesos menores y el estrés crónico, se consideran estresores dentro del modelo planteado. Los estresores han sido relacionados con la sintomatología psicosomática.

El cáncer puede considerarse como un suceso vital, ya que pone en peligro el bienestar y la salud de la persona que lo padece, amenaza a la integridad física, además que es un suceso súbito e impredecible, la imposibilidad de escape e incontrolabilidad del hecho de recibir un diagnóstico de cáncer, por lo que esto se considera un estresor que puede tener como resultado que la persona perciba estrés o desarrolle un trastorno de estrés postraumático (Gurevich, Devins & Rodin, 2002).

Valoración de la situación: daño pérdida/ amenaza/desafío.

El estrés psicológico está relacionado con la importancia o significado que la persona le dé a lo que está pasando y lucha de forma activa para manejar de mejor manera el estrés (Lazarus, 2000). Lazarus considera que la valoración de la situación puede considerarse como de beneficio, lo cual no desarrollaría el proceso de estrés; o en su defecto puede considerarse como de daño/pérdida, amenaza y desafío, que provocarían el desarrollo de estrés psicológico. Daño/pérdida se refiere a la amenaza que se relaciona con un

posible daño o pérdida y desafío se refiere a una dificultad que puede ser superada con entusiasmo y confianza en uno mismo (Lazarus, 2000).

Esto también se puede explicar desde el modelo cognitivo de estrés postraumático de Ehlers y Clark (2000), en el que la persona percibe la situación que está viviendo, el cual produce una sensación de amenaza actual, la cual puede ser una amenaza externa que afecta a la seguridad o una amenaza interna que afecta a la propia persona y al futuro.

Valoración de los recursos propios

En lo que respecta a los recursos propios, Sandín (1999) considera que las variables personales y sociales funcionan como moduladoras del estrés; comenta que entre estas variables se encuentra la alexitimia, la afectividad, el apoyo social y el estatus socio económico. Lazarus (2000) asevera que cuando la carga ambiental sobrepasa de manera importante a los recursos de la persona, se produce una relación estresante; también indica que en el estrés psicológico, la comparación se produce entre el poder de las demandas del ambiente para dañar o amenazar y los recursos de la persona para manejarlas; si los recursos de la persona son iguales o sobrepasan a las demandas, la persona se enfrenta a una situación carente de estrés, pudiendo presentarse aburrimiento o tedio.

En el modelo de estrés de González y Landero (2006) se toman como variables personales la autoestima y la autoeficacia, que han sido asociadas al estrés. Las variables sociales se abordan en el siguiente apartado.

Se define autoestima como la evaluación que hace la persona de sí misma (Branden, 2001; Paz, 1987 en vuelo, Fernández y Carrasco, 1997). Se ha identificado que la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia (Lundgren, 1978 en Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993). En muestras mexicanas Landero y González (2002, 2004) encontraron una relación negativa entre autoestima y estrés.

Por otra parte, Lazarus (2000) comenta que la autoeficacia es una de los aspectos positivos que ayudan a amortiguar los efectos negativos del estrés. Como lo menciona Bandura (1986), en su teoría cognitivo emocional, que los juicios que un individuo hace respecto a su capacidad son similares a los resultados que obtenga, así como también que esos juicios pueden ser una buena herramienta para la predicción y explicación de los resultados conductuales ya que normalmente son el tipo de juicios que el individuo utiliza al momento de la realización de tareas específicas.

La valoración de los recursos propios también implica en la respuesta emocional del individuo. Lazarus (2000) dice que el estrés es especialmente poderoso cuando el individuo tiene que enfrentarse a las demandas que no

pueden ser satisfechas fácilmente. Además, Greenberg et al. (1992, en Lazarus, 2000) demostró que la autoestima reduce la ansiedad ante un estresor.

Para el modelo solo se toman autoestima y autoeficacia, como recursos personales, sin embargo se acepta que existen otras variables a considerar dentro de los recursos personales que pudieran estar involucrados en el proceso.

Valoración del apoyo ambiental

En este modelo, el apoyo ambiental se refiere al apoyo social, el cual se considera como la valoración del apoyo social, por lo que lo pone como apoyo social percibido y no material. Este se contextualiza en los aspectos funcionales del apoyo social, el cual se centra en los recursos aportados por los lazos sociales y las funciones que estos cumple, en las cuales destacan diversas dimensiones y aspectos del mismo, como puede ser el apoyo emocional, la estima y el apoyo material (Barrón, 1990^a, en Barrón, 1996).

En el concepto de apoyo social que se utiliza en este modelo, se acentúan las funciones que cumplen las relaciones sociales, enfatizando los aspectos cualitativos del apoyo y los sistemas informales del mismo. Es importante distinguir, entre los recursos que se intercambian en esas transacciones y las funciones que cumple el apoyo. En cuanto a las funciones

que cumplen estos intercambios, se destacan tres funciones: la provisión de apoyo emocional, material e informacional (Barrón, 1996).

El apoyo social es un factor sociocultural relacionado con el estrés y que además, se ha identificado como una variable amortiguadora del mismo (Cohen, 1988). El punto de partida de los teóricos que defienden este efecto amortiguador, se basa en la capacidad que podría tener el apoyo social para disminuir la evaluación de una situación como estresante mediante la provisión de soluciones al problema, reduciendo la importancia con que se percibe la situación, disminuyendo la respuesta del sistema neuroendócrino y facilitando de esta manera que la gente sea menos reactiva ante el estrés percibido (House, 1981). La relación directa del apoyo social con el estrés, ha sido demostrada en estudios empíricos; Landero y González (2004) encontraron una relación negativa entre ambas variables.

En la respuesta a las situaciones de estrés, las personas de bajo apoyo social son más vulnerables a enfermar y a experimentar problemas emocionales, en comparación que las que tienen apoyo social elevado (DeLongis, Folkman & Lazarus, 1988).

Estrés percibido

El concepto de estrés percibido es retomado de Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983), quienes indican que para los planteamientos hechos por Lazarus hasta ese momento no existían medidas validadas de estrés percibido; por lo cual crearon la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale: PSS)

como una medida del grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes. Esta escala refleja la definición de estrés psicológico planteada por Lazarus y Folkman (1984).

En el modelo de González y Landero (2006), el estrés percibido sería el resultado de enfrentarse a uno o varios estresores y valorar esa situación como estresante (amenaza o daño/pérdida) y desbordante de los recursos del individuo en cuestión; la valoración de recursos propios (autoestima y autoeficacia) y la valoración del apoyo ambiental (apoyo social).

Variables sociodemográficas

Las condiciones sociales (organización social, aspectos socioeconómicos, estatus marital, rol laboral, género, etc.) pueden estar implicadas tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes (Sandín, 2003).

Respecto al sexo Cronkite y Moos (1984), indican que las mujeres pueden ser psicológicamente más susceptibles a los efectos estresantes cotidianos que los hombres. En estudiantes Hudson y O'Regan (1994) citan estudios donde se han encontrado niveles más altos de estrés en las mujeres. Lo mismo fue detectado por Miguel-Tobal et al. (1998), Amat et al. (1990) y González y Landero (2006). En lo referente al nivel socioeconómico, Sandín (1999) considera que es una de las variables moduladoras del estrés.

Además, es importante agregar, que respecto a las variables sociodemográficas, el nivel socioeconómico, es decir, el nivel de ingresos, el

nivel educativo y ocupacional, son factores que se asocian con el proceso de salud en el plano de la morbilidad y mortalidad, además están implicados en la depresión la autoestima y la indefensión (Sandín, 1999). El nivel educativo está además asociado con el estatus socioeconómico el cual tiene efectos amortiguadores del estrés, así como efectos directos en la salud.

Respuestas emocionales

Lazarus (2000) considera que el estrés es interdependiente con las emociones; es decir, si hay estrés hay emociones y en algunos casos esta relación es la inversa también, es decir, cuando las emociones están presentes a menudo también se produce estrés. Asimismo, indica que como mínimo hay 15 variedades diferentes de emociones. Las emociones que plantea Lazarus son: ira, envidia, celos, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, alivio, esperanza, tristeza, felicidad, orgullo, amor, gratitud y compasión.

Cada una dice algo diferente sobre el modo en que una persona ha valorado lo que sucede en una transacción adaptativa y el modo en que lo maneja dicha persona (Lazarus, 2000). Por otro lado, Sandín (1999) considera la depresión y la ansiedad como respuestas emocionales ante el estrés. Estas dos emociones se retoman en el modelo, ambas han sido relacionadas al estrés y los procesos psicosomáticos.

La depresión es considerada por Lazarus (2000), como una emoción estrechamente unida a la tristeza y resultado de una sensación de indefensión

sobre la restauración de una vida que valga la pena, después de una pérdida importante.

La teoría más difundida de depresión es la de Beck (1976), quien considera que es un desorden del pensamiento y que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos. Beck (en Tyson y Range, 2003) establece que una razón por la que el individuo desarrolle patrones cognitivos negativos es la experiencia de una gran pérdida, en el momento en que ésta resulta abrumadora para la persona. Así, si la proporción de demandas es muy superior a la de los recursos la persona se siente indefensa para manejar las demandas a que está expuesta y esto puede provocar depresión, o bien sentimientos de pánico o desesperanza (Lazarus, 2000).

Respecto a la ansiedad, Lazarus (2000) indica que es un estado de incomodidad vago, difuso, continuo y anticipador, menciona que es una emoción propia del estrés, y es más propensa a aparecer y a ser intensificada cuando la persona no confía o confía poco en su propia capacidad para manejar el mundo con efectividad (autoeficacia).

Respuestas conductuales: afrontamiento

El afrontamiento es una variable que indiscutiblemente va ligada al estrés. Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como las estrategias creadas para dominar, reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas creadas por las transacciones estresantes. En otras palabras, el afrontamiento

es un proceso psicológico, que se pone en marcha cuando en el entorno se producen cambios no deseados o estresantes, acompañados de emociones negativas, tales como la ansiedad, miedo, ira, hostilidad, agrado, tristeza, desprecio, desesperación, entre otras (Fernández-Abascal, 1997).

En términos generales, el concepto de afrontamiento hace referencia tanto a los esfuerzos cognitivo y conductuales que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés (Sandín, 1995). Así, el individuo utiliza diversas formas de afrontamiento para tratar con el estrés, algunas pueden ser adaptativas, mientras que otras no lo son (Sandín & Chorot, 2003).

Respuestas fisiológicas: síntomas psicósomáticos

Como variable central al considerar en el modelo, se encuentran los síntomas psicósomáticos, que como ya se mencionó se refieren a las dolencias físicas en las que los procesos emocionales y factores psicológicos, como el estrés pueden jugar algún papel.

Control emocional

Watson y Greer (1983) ponen el énfasis en el control emocional, entendiendo éste como la supresión de emociones (enfado, preocupación y tristeza).

El control emocional se ha asociado al constructo de personalidad Tipo C, entendido éste como un estilo que predispondría al sujeto a desarrollar una

enfermedad neoplásica, caracterizado por la utilización de estrategias que inhiben la expresión emocional.

El «Tipo C» es un estilo comportamental (Greer & Watson, 1985), caracterizado por la supresión de emociones (inhibición y control emocional) ante situaciones estresantes, que predispone al individuo a desarrollar cáncer en tanto que determina en el sujeto el desarrollo de un patrón de conducta que lo hace más proclive que otro individuo (que no presente dicho patrón) a desarrollar una enfermedad neoplásica.

Empíricamente, se ha observado que las personas, desde el momento en que reciben el diagnóstico -o incluso desde la toma de muestras para el examen diagnóstico-, experimentan en menor o mayor grado algún tipo de alteración emocional, con severidad, tiempo e intensidad variables (Villa & Vinaccia, 2006; Barra, 2003).

Apoyo social

Según Rodríguez (1995) el apoyo social se refiere a diferentes aspectos de las relaciones sociales, ya que algunas veces se define en base a la existencia o cantidad de relaciones sociales en general, de acuerdo a un tipo particular de la relación social (matrimonio, amistad, organización) o en términos de la estructura de las relaciones sociales; algunas veces el apoyo social también se define en términos de contexto funcional de las relaciones, tomando en cuenta el grado en que las relaciones sociales implican elementos afectivos o emocionales, instrumentales o de ayuda tangible en información. Sin

embargo, una definición de apoyo social en forma general es la provisión de tipos particulares de vínculos interpersonales (Rodríguez, 1995).

Según Cobb (1976) el apoyo social facilita enfrentar las crisis y la adaptación al cambio, además de proteger al individuo en el paso de las transiciones y crisis del ciclo de la vida y de estados patológicos; también menciona que el apoyo social puede reducir la cantidad de medicación requerida y acelerar la recuperación y facilitar la adherencia al tratamiento.

Apoyo social y salud

El apoyo social facilita enfrentar las crisis y la adaptación al cambio, además de proteger al individuo en el paso de las transiciones y crisis del ciclo de la vida y de estados patológicos; también menciona que el apoyo social puede reducir la cantidad de medicación requerida y acelerar la recuperación y facilitar la adherencia al tratamiento (Cobb, 1976).

Cohen y Wills (1985), han propuesto dos modelos para explicar la relación del apoyo social y la salud, uno de ellos es el del efecto directo, en el cual se dice que el apoyo social mejora considerablemente la salud, sin tomar en cuenta los niveles de estrés de la persona, y el otro es el que dice que el apoyo social funciona como amortiguador del estrés, el cual dice que protege ante los efectos nocivos de las situaciones estresantes.

El apoyo social es importante para el ajuste psicológico y social debido a que existe evidencia que los grupos de apoyo social mejoran el estado físico de las mujeres con cáncer de mama (Helgeson, Cohen, Schulz & Yasko, 2000),

además ayudan en la mejora de la autoestima, el control percibido y el significado que le dan a las experiencias vividas (Helgeson & Cohen, 1996).

Además, se ha demostrado mediante indicadores biológicos que el apoyo social puede disminuir la concentración de cortisol (Turner-Cobb, Sephton, Koopman, Blake-Mortimer & Spiegel, 2000).

Estrategias de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1984), definen afrontamiento como los esfuerzos cognitivos para manejar los eventos disruptivos que limitan la habilidad de las personas para ajustarse. Definen dos estilos o dimensiones de segundo orden de afrontamiento: el enfocado al problema y el enfocado a la emoción.

El afrontamiento es entendido entonces, como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria. (Lazarus, 2000).

Greer, Morris & Pettingale (1979) han identificado cinco tipos de ajuste al cáncer: Espíritu de Lucha, Evitación Cognitiva, Fatalismo, Desamparo/desesperanza y Preocupación Ansiosa. Los autores los definen como las respuestas cognitivas y conductuales que lleva a cabo un sujeto ante su diagnóstico de cáncer.

Comprenden la evaluación (cómo percibe el paciente las implicaciones del cáncer) y las reacciones que se siguen de ésta (lo que el paciente piensa y

hace para reducir la amenaza que supone el cáncer) (Greer & Watson, 1987). Nos guiaremos en nuestra exposición de estos tipos de afrontamiento, fundamentalmente por la presentación que de los mismos hacen Moorey y Greer (1989).

El espíritu de lucha describe un patrón de afrontamiento en el que el paciente percibe la enfermedad como un reto y tiene una actitud positiva en cuanto a su evolución. A nivel comportamental, el paciente busca información moderadamente, participa de forma activa en su recuperación e intenta vivir una vida tan normal como sea posible. Los diferentes trabajos han mostrado de forma consistente una relación inversa entre este tipo de afrontamiento y emociones negativas como culpa, hostilidad, depresión y ansiedad (Burgess, Morris & Pettingale, 1987; Nelson, Friedman, Baer, Lane & Smith, 1989; Watson et al., 1991).

La consideración del diagnóstico como una gran amenaza y la incertidumbre respecto al futuro y al control que se puede ejercer sobre la situación caracterizan la evaluación que hace el sujeto en el tipo de afrontamiento denominado Preocupación ansiosa. El patrón comportamental característico es la excesiva búsqueda de información y la continua preocupación por y alerta ante cualquier síntoma físico como indicador de recaída. Varios estudios centrados en evaluar esta estrategia de afrontamiento en pacientes con diversos tipos de cáncer, la han encontrado asociada a elevados niveles de depresión y ansiedad (Ferrero et al., 1994; Schwartz,

Daltroy, Brandt, Friedman & Stolbach, 1992; Watson et al., 1988; Watson et al., 1991).

Tal y como Eckhardt (1998) ha propuesto, cabe destacar la similitud existente entre una característica de esta estrategia de afrontamiento concretamente el estado de alerta y focalización en las propias sensaciones corporales- y los síntomas de activación de TEP observados en pacientes de cáncer (Cordova et al., 1995).

La evitación cognitiva se define como el intento de minimizar la importancia de la enfermedad a través de diversas formas de bloqueo de los pensamientos y sentimientos asociados a la misma. En la literatura sobre cáncer, algunos autores han asociado el afrontamiento evitativo con un mejor ajuste psicológico, mayor calidad de vida y mayores tasas de supervivencia (Greer et al., 1979; Greer, Morris, Pettingale & Haybittle, 1990). Por el contrario, otros autores han encontrado relación entre esta estrategia de afrontamiento y un mayor distrés psicológico (Dunkel-Shetter et al., 1992; Friedman, Nelson, Baer, Lane & Smith, 1991).

En la respuesta de afrontamiento denominada fatalismo (o aceptación estoica) el diagnóstico representa una amenaza menor, no se percibe ningún control y está ausente cualquier tipo de estrategia activa para luchar contra la enfermedad. El paciente mantiene una actitud de aceptación pasiva o resignada.

Además de la ausencia de control percibido, en el caso del desamparo/desesperanza, el diagnóstico se percibe como una enorme amenaza, esto es, el paciente se ve sobrepasado por el diagnóstico de la enfermedad. Así, además de la ausencia de cualquier tipo de estrategia activa para luchar contra la enfermedad, también se produce una reducción en otras actividades normales. En este caso, el paciente se da por vencido. El empleo de ambas estrategias de afrontamiento se ha visto asociado a mayores niveles de depresión y ansiedad, peor ajuste psicológico en general y una menor calidad de vida (Burgess, Morris & Pettingale, 1988; Carver et al., 1993; Ferrero et al., 1994; Heim, Valach & Schaffner, 1997; Lavery & Clarke, 1996; Schnoll, Harlow, Stolbach & Brandt, 1998; Schnoll, Mackinnon, Stolbach & Lorman, 1995; Schwartz et al., 1992; Watson et al., 1994).

Sandín y Chorot (2003) reportan que los sujetos expuestos a altos niveles de estrés tienden a utilizar estrategias centradas en la emoción, a estar menos orientados a definir el problema, a generar menos alternativas de solución y a ser menos propensos a obtener bienestar emocional e información por parte de los demás.

Para la mayoría de pacientes oncológicos, afrontar su situación actual se convierte en una de las actividades más importantes durante el transcurso de la enfermedad. En diferentes estudios se han explicado de manera profunda, las diversas estrategias de afrontamiento (espíritu de lucha, evitación, desesperanza aprendida, preocupación ansiosa y fatalismo) y el cómo adoptar alguna de estas, es un factor de vital importancia para el paciente oncológico;

ya que puede ser un determinante en la iniciación y transcurso de la enfermedad y el tratamiento. Otro aspecto a tener en cuenta en la adopción de una estrategia de afrontamiento es contar con un apoyo psicológico permanente por parte de amigos, familiares y el personal del hospital ayudando a los pacientes a asumir su nueva condición (Tannenhaus, 1988).

El afrontamiento al estrés puede hacer la diferencia entre un paciente y otro respecto a su adaptación a la enfermedad (Cheng & Chang, 2012). Además el tener menor escolaridad está asociado con menores habilidades de afrontamiento, debido a que los mecanismos de las personas con menor escolaridad suelen ser más primitivos, por lo que se les dificulta más llegar a alcanzar niveles óptimos de afrontamiento, los cuales son importantes para disminuir el riesgo de desarrollar TEPT (Corzo & Bohorquez, 2009).

Depresión

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos- esfera de sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida-, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático (Alberdi, Taboada, Castro & Vázquez, 2006).

Clases de depresión

Según la APA (1994) en el DSM-IV da pautas que distinguen diversas formas de depresión en función de su gravedad, duración, síntomas, etc.

Desde el episodio depresivo agudo hasta los trastornos distímicos que tienen más que ver con trastornos de personalidad.

Trastorno depresivo mayor.

El DSM-IV expone las características básicas del episodio depresivo mayor de esta forma:

A) Durante al menos 2 semanas, presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo el 1) o el 2) necesariamente.

- (1) Estado de ánimo deprimido.
- (2) Disminución del placer o interés en cualquier actividad.
- (3) Aumento o disminución de peso/apetito.
- (4) Insomnio o hipersomnio.
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- (6) Fatiga o pérdida de energía.
- (7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
- (8) Problemas de concentración o toma de decisiones.
- (9) Ideas recurrentes de muerte o suicidio.

B) Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.

C) No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (p.ej. hipotiroidismo).

D) No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento)

El trastorno psiquiátrico que se asocia con más frecuencia con el cáncer es la depresión (Ritterband & Spielberger, 2001). Al respecto, hay evidencia de que la depresión y el estrés producen cambios en el sistema nervioso, inmunológico y endocrino, lo que influye para el desencadenamiento y evolución de la enfermedad (Tobón & Vinaccia, 2003).

Sin embargo, muchas veces se ha observado que estas pacientes no cumplen todos los criterios para ser diagnosticadas con depresión mayor. Es entonces cuando hablamos de la presencia de sintomatología depresiva (Bardwell, Nitarajam, Dismdale, Mortimer & Hollenback, 2006)

La asociación entre cáncer y síntomas depresivos es incierta y al respecto algunos autores manifiestan que se debe a una reacción normal del organismo a la enfermedad; otros la refieren como un síntoma propio de la enfermedad e incluso al tratamiento (Pasacrete, 1998; Bardwell, 2006)

Las altas tasas de depresión en cáncer pueden deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad. Para la mayoría de personas, el temor principal es morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaces y dependientes, tener alteraciones en su

aparición, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas. Todas estas respuestas normales ante una crisis de este tipo se asemejan a las descritas ante pérdidas (Massie & Popkin, 1998).

Enfoque teórico para depresión

En cuanto a la depresión, uno de los modelos más aceptados y utilizados en la actualidad es el Modelo Cognitivo de Depresión de los autores Beck, Rush, Shaw & Brian (1979), el cual será utilizado en este trabajo como modelo explicativo para esta variable.

Modelo cognitivo de la depresión

Este modelo se ha hecho a partir de observaciones clínicas y de observaciones experimentales, en el cual dicha interacción de estos enfoques, ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y la terapia que se deriva de él (Beck, Rush, Shaw & Brian, 2010).

El modelo cognitivo insta de tres conceptos específicos para la explicación del constructo psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

Triada cognitiva

Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa

del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad (Beck, Rush, Shaw & Brian, 2010).

El segundo componente consiste en la tendencia a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y a su vez le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más loables.

La persona puede darse cuenta de sus interpretaciones negativas si se le hace reflexionar sobre otras formas de ver los hechos menos negativos. De esta forma, puede darse cuenta que estaba modificando los hechos para que se ajustaran a las conclusiones negativas que había hecho inicialmente.

El tercer componente de la tríada cognitiva está basado en la visión negativa acerca del futuro. La persona depresiva puede hacer proyectos a largo plazo, pero de antemano anticipa que sus dificultades presentes nunca cesarán. Y espera constantemente sufrimiento, infortunios y miserias

interminables. Además piensa que sus planes a largo plazo siempre terminan en fracaso.

Como consecuencia de los patrones cognitivos negativos se pueden dar los demás signos y síntomas del síndrome depresivo. El paciente puede pensar de manera errónea que va a ser rechazado y por lo tanto reaccionará con el mismo efecto negativo que si el rechazo fuera real. O si piensa de forma errónea que vive marginado de la sociedad, sentirá soledad (Beck, Rush, Shaw & Brian, 2010).

Los síntomas motivacionales como pueden ser poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, entre otros, pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad puede ser provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los pensamientos suicidas pueden verse como la expresión extrema del deseo de escapar a lo que ellos ven como problemas sin solución o una situación insostenible. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y como consecuencia pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto.

La dependencia que se puede dar en los pacientes depresivos se puede explicar desde la evaluación negativa, ya que si se siente inútil y sobre estima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo, por lo que tiende a buscar ayuda y seguridad en otras personas que considere más competentes y capacitados.

Los síntomas físicos de la depresión se pueden explicar desde este modelo, de manera que la apatía y la poca energía pueden ser consecuencia de la idea del paciente de que está destinado a fracasar en todo lo que se proponga. El negativismo respecto a futuro (sensación de futilidad) puede producir “inmovilidad psicomotriz”.

Organización estructural del pensamiento depresivo (esquemas)

Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. Este se utiliza para explicar por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son dañinas, a pesar de que exista evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Toda situación está conformada por un conjunto de estímulos, de los cuales el individuo atiende de manera selectiva a estímulos específicos, los combina y le da un significado a la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser estable en sus respuestas a tipos de situaciones similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables forman la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de sucesos. El término “esquema” elige estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia específica, el esquema será la base para la transformación de la información recibida de dicha circunstancia en cogniciones, así, el esquema es la base para localizar, diferenciar y codificar todo tipo de estímulo que enfrenta el individuo. Este

elabora categorías y hace evaluaciones sobre sus experiencias por medio de una matriz de esquemas. En las personas depresivas, sus conceptualizaciones acerca de situaciones específicas, se distorsionan de tal manera que se ajustan a esquemas inadecuados.

Cuando los esquemas se van haciendo más activos, estos son recordados por cada vez más estímulos, que tienen una relación ilógica con ellos. Por lo que el paciente puede perder el control voluntario sobre sus procesos de pensamiento, por lo que se vuelve incapaz de acudir a esquemas más adecuados. Cuando la depresión es leve, el paciente si es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad, pero a medida que se agrava la depresión, el pensamiento se vuelve dominado por ideas negativas, sin existir asociación lógica entre las situaciones y las interpretaciones negativas, lo cual puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

Errores en el procesamiento de la información

Los errores sistemáticos del pensamiento depresivo mantienen la creencia del paciente en la veracidad de sus conceptos negativos, a pesar de

existir evidencia contraria (Beck, 1967 en Beck, Rush, Shaw & Brian, 2010), como se describen a continuación:

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1967 en Beck, Rush, Shaw & Brian, 2010).

1. Inferencia arbitraria (referente a la respuesta): proceso de adelantar una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
2. Abstracción selectiva (referente al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído de su contexto, desconociendo otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a esa pequeña parte de la situación.
3. Generalización excesiva (referente a la respuesta): proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones independientes.
4. Maximización y minimización (referente a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar el significado o magnitud de un evento; errores de tal dimensión que constituyen una distorsión.
5. Personalización (referente a la respuesta): tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal asociación.

6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías negativas.

Una manera de abordar el desorden de pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo como que las personas depresivas tienen la tendencia de estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo. Tienden a hacer juicios generales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc. La respuesta emocional, por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema.

Por otra parte, un pensamiento más maduro integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones, en términos cuantitativos más que objetivos que subjetivos, y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas.

Un modelo de interacción recíproca

El modelo cognitivo de depresión, no solamente se refiere a aspectos intrapsíquicos, aunque parte de ellos se puede explicar desde los aspectos relevantes del ambiente del individuo (la familia, los amigos, los compañeros, el jefe, etc.). Tal como lo señala Bandura (1977), la conducta de la persona puede influir en la de los demás, así como influyen a su vez en la misma persona. Si una persona que se encuentra en las fases primeras de la depresión, en la cual

se aísla de las personas importantes para ella. Estas personas pueden responder en forma de rechazo, lo cual podría agravar la autocrítica del individuo, provocando que se aíse aún más.

Este círculo vicioso puede provocar que el paciente llegue a tal nivel de depresión que ya no pueda ver las intenciones de ayuda y las muestras de cariño de los demás. Por lo que una relación de armonía puede actuar como modulador o amortiguador en el desarrollo de una depresión.

Aquí entra la importancia del apoyo social, el cual al darle al paciente muestras de afecto, aceptación y respeto puede disminuir la tendencia del paciente por desvalorarse. En cambio, cuando existen relaciones con personas importantes para el paciente, en las que no hay una adecuada interacción, las cuales contribuyen al mantenimiento de la depresión (Beck, Rush, Shaw & Brian, 2010).

Felicidad

La felicidad se puede definir como el bienestar subjetivo, el cual se hace desde una evaluación personal, subjetiva y global y de su calidad cognitiva y afectiva de la vida de las personas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Marans & Stimson, 2011).

Una persona feliz, es aquella que cuenta con un temperamento positivo, que tiende a ver el lado favorable de las cosas y que no “rumia” de manera excesiva sobre los eventos malos, que cuenta con personas en quien confiar y amigos, además de que tiene recursos adecuados para orientarse a lograr sus

metas significativas, y por consiguiente, cuenta con recursos para hacer frente de manera satisfactoria a las situaciones de estrés (Diener & Seligman, 2002).

La felicidad se encuentra dentro de lo que se consideran emociones positivas, que según Lykken (2000), los individuos son capaces de fortalecer de manera intencional su capacidad de experimentar y maximizar las emociones positivas, las cuales en diversos estudios se ha encontrado relación de estas con la mejora de la salud física, emocional y social (Fredrickson, 2000).

Las emociones positivas pueden estar centradas en el pasado, presente o futuro. En el futuro se encuentra el optimismo, la fe, la confianza y la esperanza; en el presente están la alegría, la tranquilidad, el flow (o experiencia optima), el cual incluye la felicidad (Seligman, 2003) y sobre el pasado se incluye dentro de las emociones positivas la satisfacción, la complacencia, realización personal, el orgullo y la serenidad (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Los estados de ánimo y las emociones de las personas son el reflejo de las cosas que les suceden, en los cuales, cada persona hace juicios acerca de él y su vida en general. Por lo que existen un número de componentes divisibles del bienestar subjetivo, como pueden ser: la satisfacción con la vida, la cual se refiere al juicio global de la propia vida; la satisfacción con las áreas importantes de la vida, como puede ser por ejemplo, la satisfacción con el trabajo; el afecto positivo que se refiere a la experimentación de muchas emociones agradables y estados de ánimo positivos y por último los bajos niveles de afecto negativo, es decir el experimentar pocas emociones desagradables y estados de ánimo

negativos (Diener, 2000).

Diener (2002) menciona que es necesario examinar el contexto en el que se desarrollan las experiencias de las personas, los valores, las metas, cuando se evalúa la influencia de los eventos externos sobre la felicidad; también los llamados factores internos juegan un considerable papel, en especial las estructuras de personalidad, en virtud de las cuales los eventos y las circunstancias son percibidos de una determinada manera.

Diener y Chan (2011), mencionan tres factores que frecuentemente se incluyen para enumerar las características de una buena vida: felicidad, salud y longevidad, lo cual como hemos visto, están sumamente relacionadas entre sí.

El apoyo social de la familia es comúnmente considerado como fuente primaria de la felicidad (Lyubomirsky, King & Diener, 2005; North, Holahan, Moos & Cronkite, 2008). Las relaciones sociales se consideran como uno de los factores que favorecen de manera importante a la felicidad ya sea en adultos como en niños (Holder & Klassen, 2010). También, se ha encontrado que la calidad de las amistades que se tengan, independientemente del número de amigos con los que se cuentan, puede predecir la felicidad (Demir & Weitekamp, 2006).

Las circunstancias de la vida, las metas y los valores personales pueden influir de manera importante en el bienestar subjetivo (Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Vinaccia & Quiceno, 2011; Urzua, Pavlov, Cortés & Pino, 2011), ya sea una influencia positiva o negativa, de acuerdo a las circunstancias que la persona esté viviendo, así como la forma en la que evalúe dichos sucesos. Como lo mencionan Marans y Stimson (2011), la felicidad percibida puede

verse afectada por diversos factores, los cuales pueden ir desde las perspectivas de empleo, las oportunidades para el crecimiento intelectual, la situación financiera y la seguridad personal.

Felicidad y variables psicosociales

La felicidad se encuentra relacionada de manera positiva con la percepción de salud en pacientes con cáncer de mama (Hernández & Landero, 2014). Gerstenbluth, Rossi y Triunfo (2008), afirman que se puede considerar al estado de salud como uno de los principales determinantes de la felicidad, ya que el hecho de tener una buena salud, incrementa considerablemente la felicidad. Como lo mencionan Pressman y Cohen (2005), al aumentar la gravedad de la enfermedad, el afecto positivo, incluyendo la felicidad, disminuyen.

Quienes experimentan emociones positivas, pueden ayudar a incrementar tanto la salud física, como mental, como lo mencionan Lyubomirsky, King y Diener (2005), que las personas felices o que presentan alto afecto positivo, reportan menos sintomatología en el ámbito de la salud física y mental.

La percepción de buena salud considerada como experiencia positiva influye de manera importante en la percepción de felicidad, ya quienes se perciben más sanos, manifiestan también estar más felices que quienes consideran no tener buena salud (Hernández & Landero, 2014).

La felicidad tiene una influencia importante en la salud física, mental y en

la creatividad de las personas, así como la infelicidad por el contrario, puede ser un factor que influya en la depresión e inclusive en el suicidio (Moyano & Ramos, 2007; Gerstenbluth, Rossi & Triunfo, 2008; Koopmans, Geleijnse, Zitman & Gitay, 2010; Mustaca, Kamenetzky & Vera-Villarroel, 2010; Piqueras, Kuhne, Vera-Villarroel, Van Straten & Cuijpers, 2011).

El estrés es una variable que influye también de manera importante en la percepción de la felicidad en las personas con cáncer, ya que éstas ven afectada su seguridad personal al enfrentarse a modificaciones en importantes aspectos de vida, el cambio en el rol familiar, el trabajo y los aspectos sociales, además de la preocupación ante los tratamientos y las molestias secundarias que estos puedan generar pueden producir estrés en este tipo de pacientes (Hernández & Landero, 2014).

La relación de estas dos variables puede explicarse por la situación vital de las pacientes con cáncer de mama ya que se enfrentan a una enfermedad crónica que merma de manera importante su calidad de vida, ya que como mencionan Reich y Remor (2010), vivir con el diagnóstico de cáncer, puede ser una fuente de estrés psicológico y social. En general las mujeres con cáncer de mama pueden verse expuestas a situaciones que afecten su bienestar tanto físico como psicosocial.

El apoyo social funciona como factor protector o amortiguador ante las situaciones adversas o estresantes y la percepción de felicidad, el cual contribuye al crecimiento personal, ya que el tener amigos potencia la felicidad, y quienes se sienten más felices pasan más tiempo conviviendo con sus amigos y tienen un mejor funcionamiento social (Lyubomirsky, King & Diener, 2005;

Diener & Seligman, 2005; Cacioppo et al., 2008).

Por el contrario, la falta de apoyo social y el conflicto en las relaciones personales se asocia a más necesidades de apoyo y cuidado por parte del equipo de asistencia médica en pacientes con cáncer de mama recién diagnosticadas; además que son quienes manifiestan más síntomas como fatiga, sofocos y cambios en su apariencia corporal, por lo tanto son quienes solicitan más atención médica (Schmid-Büchi, Halfens, Müller, Dassen & Van den Borne; 2013).

Estrés

El estrés psicológico ha sido definido por Lázarus y Folkman (1984), en su teoría transaccional del estrés, como la relación que tiene el individuo y su entorno, en el que lo evalúa como dañino o amenazante, además de que sobrepasa las capacidades personales para afrontarlo y pone en peligro su bienestar. Sandín (1995) y Carroble (1996) señalan que el estrés es un estado fisiológico de activación que ocurre en respuesta ante ciertas situaciones o demandas ambientales.

La reacción al estrés no está relacionada con la naturaleza objetiva del estímulo estresante, sino con la interpretación o significado psicológico que el sujeto asigna a los distintos estímulos o situaciones (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983), el cual se centra en la percepción de control o descontrol (agobio, sobrecarga, irritabilidad) ante las dificultades presentes, es decir, en el componente cognitivo-emocional, sin hacer referencia al fisiológico ni al comportamental. Cuando se afirma que una persona padece de estrés, en

términos generales de lo que se habla, es de un exceso o sobre-esfuerzo del organismo a sobre ponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando el organismo produce un incremento de activación que pone en riesgo la capacidad para mantener parámetros óptimos con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual (Sandín, 2003). De acuerdo con lo anterior, se puede definir al estrés a partir de tres orientaciones teóricas:

- Las orientaciones basadas en el estímulo interpretan y entienden el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, interpretando que éstos pueden perturbar o alterar el funcionamiento homeostático del organismo. Así, “el estrés tiene su forma y composición características, pero ninguna causa particular”, es decir, es entendido como “una respuesta no específica del organismo” (Sandín, 1995). Esta aproximación concibe al estrés como variable dependiente.
- Las orientaciones basadas en la respuesta conciben al estrés como reacciones de las personas a los estresores; se coloca fuera del individuo. Se entiende como un estado de tensión producido por una circunstancia u otra a la que enfrenta una persona. Esta aproximación trata al estrés como variable independiente (Sandín, 1995).
- Las orientaciones basadas en el modelo relacional o de proceso, donde el estrés es el conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, asumiéndose que la persona es un agente activo que puede

modificar el impacto del estresor a través de estrategias cognoscitivas (Sandin, 1995). Esta aproximación trata al estrés como un sistema de procesos interdependientes, incluidos en la evaluación y el afrontamiento, que median en la frecuencia, intensidad, duración y tipo de las respuestas fisiológicas y somáticas.

- Puede decirse, entonces, que los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento. Lo que hace la diferencia es la forma en que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio; la evaluación cognitiva es la que finalmente determina que una relación individuo-ambiente resulte estresante o no.

Estrés y cáncer

El cáncer y en concreto el cáncer de mama es un acontecimiento estresante que supone una amenaza para el curso vital de la persona a distintos niveles (Fawzy & Greenberg, 1996). Los problemas físicos asociados al cáncer pueden ser interpretados como fuente de estrés (Constanzo et al., 2007).

Algunas de las principales situaciones generadoras de estrés en el enfermo de cáncer son las emociones negativas (malestar emocional), el apoyo social percibido durante la enfermedad, es decir, que el apoyo que reciban no sea adecuado o suficiente para ellos y por último la preocupación en cuanto al

tratamiento y las molestias secundarias que este pueda generar (Pulgar, Garrido, Muela & Reyes, 2009).

Algunos de los eventos estresantes entre uno y cinco años post diagnóstico en pacientes con cáncer de mama pueden ser: la alteración de su cuerpo debido a los diversos tratamientos, la recurrencia de pensamientos y sentimientos experimentados en relación a su condición de salud, los conflictos que se generaron en sus áreas familiares y sociales, así como el aspecto laboral, debido a las alteraciones experimentadas en su capacidad productiva en ésta área (Silva & Dos Santos, 2010).

Trastorno de estrés postraumático

El cáncer como trauma, según Petersen, Bull, Propst, Dettinger y Detwiler (2005), amenaza el sentido de cohesión del pasado, presente y futuro del paciente, lo que puede advertirse al escuchar el relato de su experiencia. Esto es consistente con planteamientos generales acerca de creencias básicas que se rompen tras experiencias traumáticas, creencias acerca de invulnerabilidad personal, de sentido de la vida y de que los sucesos son todos ordenados, predecibles y controlables (Sassón, 2004).

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático del DSM-IV (APA, 1994):

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o

más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitadosB. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

(4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás

(6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

(7) sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

(1) dificultades para conciliar o mantener el sueño

(2) irritabilidad o ataques de ira

(3) dificultades para concentrarse

(4) hipervigilancia

(5) respuestas exageradas de sobresalto.

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Modelo cognitivo de Ehlers y Clark (2000)

Para la explicación del estrés postraumático en el presente trabajo nos basaremos en el modelo cognitivo de Ehlers y Clark (2000), el cual es una propuesta que parte de aproximaciones teóricas de otros autores (Brewin et al., 1996; Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998; Foa et al., 1989; Horowitz,

1997; Janoff-Bulman, 1992; Resick & Schnicke, 1993), la cual proporciona una síntesis de los diferentes modelos.

Los autores comienzan la explicación del modelo del trastorno de estrés postraumático persistente, desde el procesamiento del evento traumático, el cual produce una sensación de amenaza actual, la cual puede ser una amenaza externa que afecta a la seguridad o una amenaza interna que afecta a la propia persona y al futuro.

Esta sensación de amenaza se puede dar debido a: a) la evaluación del trauma o sus secuelas y b) la naturaleza del recuerdo del evento y su asociación con otros recuerdos autobiográficos.

La sobre generalización del evento y sus consecuencias, como una forma de evaluación, lleva a interpretar gran parte de las actividades como más peligrosas de lo que son realmente y a la exageración en la probabilidad de que les sucedan otros acontecimientos traumáticos en el futuro. Este tipo de evaluaciones suelen producir miedo generalizado y evitación, que genera el mantenimiento del miedo.

Ehlers y Clark (2000) acentúan la incongruencia entre que los pacientes tienen dificultades para recordar de manera voluntaria la información que se refiere al trauma, mientras que, por otra parte, presentan recuerdos intrusivos que se desencadenan de manera involuntaria. Los autores, explican la discordancia por medio de alteraciones en la memoria cuando existe el trastorno de estrés postraumático. Ellos mencionan que la reexperimentación es especialmente una impresión sensorial más que un pensamiento concreto.

Estas impresiones pueden ser de cualquier modo sensorial, aunque por lo general son visuales y se viven como si estuvieran sucediendo en el momento actual incluso si alguien le da información a la persona sobre que no está sucediendo en ese momento o si ella lo sabe por sí misma.

Los pacientes con TEPT frecuentemente manifiestan emociones o sensaciones físicas sin que estas estén asociadas a recuerdos del acontecimiento traumático, entonces, la reexperimentación puede ser desencadenada por estímulos que en ocasiones no tienen una asociación clara con el evento.

Por lo anterior, este modelo propone que las características de intrusión y del patrón de recuerdo del TEPT (pobre recuerdo intencional, intrusiones vividas no intencionales), se deben a la manera en que se codificó el trauma en la memoria.

El modelo de Ehlers y Clark propone que se da una pobre elaboración e incorporación en la base de la memoria autobiográfica, la memoria del trauma es elaborada de manera deficiente y mal integrada en su contexto, en el tiempo, el lugar, la información posterior y anterior y otros recuerdos autobiográficos. Esto explica el problema para recordar intencionalmente (débil ruta semántica de la recuperación).

Esto se puede también explicar desde el condicionamiento, ya que los autores proponen que existen fuertes asociaciones entre estímulo-estímulo y estímulo-respuesta del material traumático que existe en el TEPT.

En primer lugar, esta forma de aprendizaje ayuda al organismo a hacer predicciones (incluyendo aquellos que operan fuera de la conciencia) sobre lo

que sucederá después. Parece que en el TEPT distintos estímulos que estuvieron presentes poco antes o durante el evento traumático se asocian con la predicción de grave peligro para la persona. En segundo lugar, la recuperación de la memoria asociativa es conducida por una señal y no intencional por lo que el individuo no siempre es consciente de los factores desencadenantes de reexperimentación y puede no ser consciente de que su reacción emocional es debido a la activación de la memoria de un trauma (afecto sin recuerdo).

Al no ser consciente del origen de estos síntomas, no son capaces de aprender que no existe peligro al exponerse a los desencadenantes de dichas reacciones.

Los autores proponen que los sujetos recuerdan el acontecimiento traumático con sesgos que están a partir de sus interpretaciones, lo que les hace recordar la información que sea consistente con sus interpretaciones.

Además, Elhers y Clark (2000), proponen que existe un fuerte priming perceptivo de los estímulos asociados al evento traumático, esto significa que el umbral de percepción se reduce a estos estímulos, por lo que estas señales asociadas al trauma pueden desencadenar de forma directa la memoria del trauma.

Cuando la persona con TEPT percibe una amenaza actual grave y los síntomas que la acompañan, trata de controlar la amenaza y los síntomas por una serie de estrategias. La estrategia elegida es significativa relacionada con las evaluaciones de la persona del trauma y/o sus secuelas y sus creencias

generales sobre la mejor manera de lidiar con el trauma. Estas estrategias mantienen al TEPT por tres mecanismos:

1. Producir directamente los síntomas de TEPT,
2. La prevención de cambio en las evaluaciones negativas del trauma y / o sus secuelas,
3. La prevención de cambio en la naturaleza de la memoria de un trauma.

Entre las estrategias que impiden un cambio en la valoración de la situación traumática o sus secuelas son las conductas de seguridad. Estas son las acciones que las personas toman para evitar o reducir al mínimo previsto nuevas catástrofes

Entre las conductas desadaptativas que impiden un cambio en la naturaleza de la memoria del trauma es la de evitar pensar en el evento, manteniendo su mente ocupada con otras cosas o pensar en el evento de una forma emocional.

De los estilos cognitivos desadaptativos, destacaron la atención selectiva a señales de amenaza y el empleo persistente de la rumiación o de respuestas disociativas, esto puede aumentar también directamente los sentimientos de tensión nerviosa, disforia o desesperanza y, ya que proporciona las señales de recuperación internas, recuerdos intrusivos del evento traumático (Ehlers y Clark, 2000).

Uno de los factores que proponen Ehlers y Clark (2000) que incrementan las evaluaciones negativas, es la derrota mental, esta se refiere al sentimiento de pérdida de toda autonomía psicológica. Un ejemplo de los procesos de pensamiento durante el trauma que influyen en las evaluaciones posteriores es

la derrota mental identificada como un correlato del trastorno de estrés postraumático crónico y mala respuesta al tratamiento de exposición. Derrota mental se refiere a la percepción de pérdida de toda autonomía psicológica, es decir, la incapacidad de la persona para influir en su destino.

Ehlers y Clark, proponen formas de procesamiento que operan en la codificación y afectan en la naturaleza del recuerdo del trauma. El procesamiento basado en datos (impresiones sensoriales) que llevará a que la memoria del trauma sea relativamente difícil de recuperar de manera intencional, además de que habrá priming perceptivo acompañando a los estímulos. Otra forma es el procesamiento conceptual, el cual está centrado en el significado de la situación, organización de la información y su ubicación en un contexto, el cual facilita la integración de recuerdos del trauma en la memoria autobiográfica.

Por lo anterior, el modelo de Ehlers y Clark, se considera el más completo para la explicación del TEPT en mujeres con cáncer de mama en el presente trabajo.

Trastorno de estrés postraumático y cáncer

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático se relacionan con pobre calidad de vida y/o deterioro de la función física en pacientes sobrevivientes de cáncer (Diemling, Kahana, Bowman & Schaefer, 2002). Además, la capacidad para tolerar el tratamiento y la asistencia a las consultas de seguimiento se ve comprometida en pacientes con cáncer que a su vez padecen el trastorno de

estrés postraumático (Kwekkeboom & Seng, 2002), así como hacen mayor uso de los servicios de salud mental (Shelby, Golden-Krutz & Anderson, 2008).

Existe una relación entre síntomas intrusivos y de evitación (propios del TEPT), con la magnitud del cáncer de mama desde el momento de su diagnóstico. Además estos síntomas pueden predecir la aparición de síntomas depresivos en este tipo de pacientes (Golden-Krutz & Andersen, 2004). Además, se ha encontrado que las mujeres jóvenes tienen más riesgo de experimentar TEPT, en comparación con las de mayor edad (Goncalves, Jayson & Tarrier, 2011).

A su vez, Mehnert y Koch (2007), comentan que las mujeres con cáncer de mama, que además tienen un diagnóstico de estrés postraumático relacionado con el cáncer o trastorno de estrés agudo, tienen más probabilidades de tener un trastorno comórbido.

En una clasificación de pacientes recientemente diagnosticadas con cáncer de mama de forma que hubieran manifestado bajos o altos niveles de intrusión en el momento del diagnóstico, con el objetivo de predecir cuáles eran los niveles de ajuste psicológico a los tres y seis meses después de la primera evaluación, en donde se encontró que quienes mostraron niveles mayores de evitación e intrusión después el diagnóstico, mostraron niveles más altos a los 3 y 6 meses. Además quienes manifestaron mayores niveles en intrusión y evitación tras el diagnóstico o únicamente mayores niveles en intrusión fueron los que mostraron un peor ajuste futuro (Primo et al., 2000)

Al mismo tiempo, las fases previas -incertidumbre, tratamiento quirúrgico y confirmación del diagnóstico, pueden generar efectos psicológicos

acumulativos (Gurevich et al., 2002) que inciden sobre el impacto psicológico del tratamiento.

Además, uno de los problemas que trae un paciente que además de padecer cáncer, tiene un trastorno psicológico, como puede ser el trastorno de estrés postraumático, es que estos hacen mayor uso de los servicios de salud mental, lo cual supone un gasto para las instituciones de salud pública o en su defecto, para el paciente y su familia (Shelby, Golden-Krutz & Anderson, 2008).

Trastorno de estrés postraumático y estrés

Una diferencia entre estrés psicológico y TEPT es que el primero se refiere a dificultades presentes que provocan malestar y sugieren amenaza en diversos aspectos de la persona y el segundo es que se refiere a hechos pasados con las mismas características amenazantes para el bienestar de la persona que lo experimenta.

Es importante añadir que el trastorno de estrés agudo tiene un poder predictivo en el desarrollo de TEPT en las personas con cáncer, así como en diversos sucesos traumáticos. Como lo muestra el estudio de Kangas et al., (2005), en el que los pacientes que cumplieron con el TEA, cumplieron con los criterios del TEPT a los seis meses en un 53% y tiempo después, el 64% de los que habían cumplido los criterios diagnósticos del TEA.

Una similitud es que se procesa el evento como estresante y traumático, mediante la evaluación de dicho evento, como dañino o amenazante, el cual afecta a la seguridad, la propia persona, el futuro y pone en peligro su

bienestar. Así como también los dos se ven mediados por las estrategias personales que tengan para afrontar dicho evento, el cual cuando se considera estresante, es que ha sobrepasado las capacidades personales para afrontarlo (Sandín, 1984; Ehlers & Clark, 2000). El evento se considera estresante o traumático mediante el significado que el sujeto le da a los estímulos o situaciones, es decir mediante aspectos cognitivos, como para el estrés psicológico, como para el TEPT, es decir, la evaluación cognitiva es la que determina si el evento se considera estresante o no (Sandín, 1995).

Otra de las similitudes es el papel de las estrategias de afrontamiento en el desarrollo de ambos, ya que forman parte de las capacidades personales con que cuentan o no, el cual al utilizar estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema, ayudaran a llevar mejor la situación (Gurevich, 2002).

También, tanto en el TEPT como en el estrés percibido, pueden experimentar el ambiente como peligroso, el primero después del evento traumático, como secuela de dicho evento, a largo plazo y el segundo como que puede perturbar o alterar el funcionamiento del organismo en el momento (Sandín, 1984; Ehlers & Clark, 2000).

Otra similitud entre estas dos variables, es que una vez que se percibe el evento como estresante o amenazante para el bienestar de la persona, se ponen en acción procesos interrelacionados, uno es la activación de emociones negativas, tales como la depresión y la ansiedad, y otro la activación fisiológica a partir del sistema nervios autónomo (Sandín 1995; Ehlers & Clark, 2000).

Grandes diferencias entre estas variables, es que el TEPT, tiene sintomatología postraumática, como puede ser la dificultad para recordar

sucesos asociados al trauma, la presencia de recuerdos intrusivos e involuntarios, la reexperimentación del evento traumático por medios sensoriales, presencia de conductas desadaptativas tales como atención selectiva a señales de amenaza, el empleo de la rumiación o de respuestas disociativas (Ehlers & Clark, 2000).

En cuanto a síntomas la similitud sería los sentimientos de tensión, nervios, disforia, desesperanza, embotamiento, así como una perturbación del funcionamiento habitual del individuo (Ehlers & Clark, 2000; Sandín, 1999). Es decir, cuando el afrontamiento no logra disminuir el estrés, puede existir la probabilidad de que se produzcan alteraciones en la salud (Tobón, Vinaccia & Sandín, 2004).

Calidad de vida

Actualmente los temas relacionados con calidad de vida son reconocidos como factores determinantes en el costo beneficio del tratamiento en pacientes con cáncer (Cantor, Fahs. Mandelblatt, Myers & Sanders, 2003). No existe una definición única para calidad de vida, sin embargo, existe un consenso en cuanto a su carácter multidimensional y subjetivo. La calidad de vida es una noción humana subjetiva que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, y social, así como con el sentido que le atribuye a su vida. (Schwartzmann, 2003; Schover, 2000).

La OMS (2010) la define como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Schwartzmann (2003) definió la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. Por lo tanto, la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de “estado de bienestar”.

La calidad de vida, depende de muchos factores (socioculturales, políticos, emocionales, físicos, espirituales, entre otros), es en última instancia, una apreciación del individuo, lo que obliga a incluir el elemento subjetivo en su valoración (Padilla, 2005) que implica su percepción de bienestar, satisfacción en las distintas dimensiones de vida y con el tratamiento, recursos que estime poseer, y estrategias de afrontamiento que instrumente para hacer frente a las dificultades (Grau, 1998; Grau & Gonzáles, 1997).

El valor del tratamiento del cáncer se juzga no solo en la supervivencia, sino en la calidad de la supervivencia. El análisis de la calidad de vida evalúa el resultado del tratamiento desde diferentes puntos de vista. Esta evaluación se

hace desde las áreas social, física, funcional y el estado psicológico de salud interpretado por el paciente (Hatam, Ahmadloo, Ahmad Kia Daliri, Bastani, & Askarian, 2011).

Además, en el tratamiento de quimioterapia las pacientes manifiestan quejas mayormente de anorexia y náuseas, y cuando reciben radioterapia, los efectos adversos son menores, según el estudio de Alzabaidey (2012), las náuseas pueden conducir a la pérdida del apetito y las náuseas moderadas pueden provocar cierto grado de vómitos, los cuales aparecen solo en los pacientes con quimioterapia, en estas pacientes se ven más afectadas en su calidad de vida más que cuando reciben radioterapia. Esto debido a que puede haber interrupción en sus actividades diarias, a consecuencia de la toxicidad de la terapia.

Martín, Sánchez & Sierra (2005) mencionan que la preocupación por valorar las consecuencias de la enfermedad y su tratamiento producían en la vida de los pacientes dio lugar a la evaluación de la calidad de vida, además mencionan que el cáncer es una enfermedad en la que, debido a los efectos de su tratamiento, tiene más relevancia conocer la calidad de vida de los pacientes.

La evaluación de la calidad de vida nos indica el impacto que la enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción de bienestar del paciente, esta percepción depende de sus propios valores y creencias, su contexto cultural y su historia personal (Schwartzmann, 2003).

De acuerdo con Oblitas (2004) los factores que conforman y en base a los cuales se evalúa la calidad de vida relacionada con la salud son:

- Síntomas y quejas subjetivas
- Diagnósticos
- Funcionamiento fisiológico
- Funcionamiento psicológico y cognitivo
- Funcionamiento físico
- Percepciones generales de salud
- Funcionamiento social

Partiendo de lo planteado en el marco teórico, y basados en el modelo de González y Landero (2006), en este estudio se contempló al cáncer como estresor principal de nuestra muestra, ya que en el modelo se plantea que los estresores pueden ser sucesos vitales que afecten a la persona física o psicológicamente (Sandín, Chorot, Santed & Valiente, 2002; Ehlers & Clark, 2000). Así como potencialmente traumático debido al gran número de estresores que implica este diagnóstico y todos los procedimientos médicos y sus efectos secundarios (Rojas-May, 2006; Olivares, 2007; Adrykowsky & Kangas, 2010).

También se consideró al control emocional como variable personal moduladora de la percepción de estrés ya que como lo menciona Sandín

(1999), las variables personales y sociales funcionan como moduladoras del estrés, entre las que se encuentra la alexitimia, constructo que comparte muchas características con el control emocional. La valoración de los recursos propios también implica en la respuesta emocional del individuo. Lazarus (2000) dice que el estrés es especialmente poderoso cuando el individuo tiene que enfrentarse a las demandas que no pueden ser satisfechas fácilmente.

En este modelo, el apoyo ambiental se refiere al apoyo social, el cual se considera como la valoración del apoyo social, por lo que lo pone como apoyo social percibido y no material. Este se contextualiza en los aspectos funcionales del apoyo social, el cual se centra en los recursos aportados por los lazos sociales y las funciones que estos cumple, en las cuales destacan diversas dimensiones y aspectos del mismo, como puede ser el apoyo emocional, la estima y el apoyo material (Barrón, 1990^a, en Barrón, 1996).

En nuestro modelo hipotético se consideró a la edad como moduladora del estrés y del TETP, ya que como lo reportan Gonçalves, Jayson, y Tarrier (2011), la edad está relacionada con el TEPT de manera significativa, además de estar relacionada con el desarrollo de trastornos psicológicos.

Ante la percepción de estrés se considera en este estudio a la depresión como respuesta emocional a este, ya que como lo menciona Lazarus (2000), cada una dice algo diferente sobre el modo en que una persona ha valorado lo que sucede en una transacción adaptativa y el modo en que lo maneja dicha persona. Las emociones que plantea Lazarus son: ira, envidia, celos, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, alivio, esperanza, tristeza, felicidad, orgullo, amor, gratitud y compasión. Beck (1976), quien considera que es un desorden del

pensamiento y que los signos y síntomas de la depresión son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos, así si la proporción de demandas es muy superior a la de los recursos la persona se siente indefensa para manejar las demandas a que está expuesta y esto puede provocar depresión, o bien sentimientos de pánico o desesperanza (Lazarus, 2000).

Por otro lado, Sandín (1999) considera la depresión como respuesta emocional ante el estrés. Además la depresión se ha asociado con la sintomatología del TEPT (Gonçalves, Jayson & Tarrier, 2011). Por otro lado la felicidad podría considerarse como respuesta emocional ante la ausencia de afecto negativo, en este caso específico, la ausencia o niveles bajos de estrés (Diener, 2000).

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como las estrategias creadas para dominar, reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas creadas por las transacciones estresantes. Es decir, los esfuerzos cognitivo y conductuales que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés (Sandín, 1995). Así, el individuo utiliza diversas formas de afrontamiento para tratar con el estrés, algunas pueden ser adaptativas, mientras que otras no lo son (Sandín & Chorot, 2003). En nuestro modelo, se incluyen las estrategias de afrontamiento propuestas por Greer, Morris & Pettingale (1979), quienes han identificado cinco tipos de ajuste al cáncer: Espíritu de Lucha, Evitación Cognitiva, Fatalismo, Desamparo/desesperanza y Preocupación Ansiosa. Los autores los definen como las respuestas cognitivas y conductuales que lleva a cabo un sujeto ante su diagnóstico de cáncer.

Sandín y Chorot (2003) reportan que los sujetos expuestos a altos niveles de estrés tienden a utilizar estrategias centradas en la emoción, a estar menos orientados a definir el problema, a generar menos alternativas de solución y a ser menos propensos a obtener bienestar emocional e información por parte de los demás. La utilización de estrategias activas enfocadas en el problema se considera de gran importancia para disminuir el riesgo de desarrollar TEPT (Corzo & Bohorquez, 2009; Ehlers & Clark, 2000).

Entonces, en nuestro modelo hipotético, el estrés sería la consecuencia de la valoración de la situación como estresante y teniendo respuestas emocionales de depresión, así como la utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (Ehlers & Clark, 2000).

Finalmente la calidad de vida se considera como consecuencia de la sintomatología del TEPT, ya que los efectos negativos de padecer cáncer, como los que se han mencionado anteriormente, influyen de manera importante la calidad de vida de las personas (Gil-Roales, 2004).

CAPITULO III

METODO

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la presencia de las variables psicosociales y su relación con los síntomas del TEPT en pacientes con cáncer de mama.

PARTICIPANTES

Se utilizó una muestra no probabilística de mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mama que cumplieran con los criterios de inclusión en el periodo del 27 de enero al 14 de agosto del 2014.

Criterios de inclusión

1. Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que se encontraran en etapas I a IV de la enfermedad y que se atendieran en la Clínica de Mama del Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” en el municipio de San Nicolás de los Garza, Nuevo León.
2. Mayores a 25 años de edad.
3. Que supieran leer y escribir.

Criterios de exclusión

1. Enfermedades discapacitantes a nivel funcional.
2. Que no contaran con habilidades de lecto escritura.

INSTRUMENTOS

Escala de Estrés Percibido

Para medir el estrés se utilizó la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS) elaborada por Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983) para evaluar el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes, obteniendo un alfa de Cronbach de .75. Es de destacar que Cohen y Williamson consideran que la distinción entre dos factores en la escala es irrelevante y sólo una puntuación de estrés se debe de considerar para el puntaje total de la escala.

Considerado en la medición de la percepción del estrés .En este estudio se utilizó la adaptación cultural realizada en México por González y Landero (2007), la cual cuenta con 14 ítems y una consistencia interna ($\alpha=.83$), además de confirmar la estructura factorial de la escala original, utilizando un análisis factorial confirmatorio. La puntuación va de nunca -0- a muy a menudo -4-. Invertiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La escala cuenta con un rango de puntuaciones posibles que van de 0 a 56. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido.

EORTC QLQ-C30 3.0 Calidad de Vida

Para la medición de la calidad de vida se utilizó el instrumento QLQ-C30 3.0 que fue elaborado por el grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) la cual cuenta

con una confiabilidad de entre .70 y .87 (Fayers, Aaronson, Bjordal, Groenvold, Curran, & Bottomley, 2001). Incluye cinco escalas funcionales: funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo; tres escalas de síntomas: fatiga, dolor, y náusea/vómitos y una escala global de salud/calidad de vida. Además de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea, y el impacto financiero. Consta de 30 preguntas las cuales cuentan con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, excepto en la escala global que tiene siete. Todas las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación de 0 a 100, siendo este el rango de puntuaciones posibles para la escala.

Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS.)

Para medir depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria elaborada por Zigmond y Snaith (1983) para evaluar el estado emocional de pacientes atendidos en servicios hospitalarios. En este estudio se utilizó la versión española de Tejero, Guimerá, Farre y Peri (1986), el cual tiene un coeficiente alfa de Cronbach de .80. La puntuación va de Igual que antes -0- a ya no disfruto con nada -3-. La mayor puntuación corresponde a mayor ansiedad o depresión según la sub escala. De esta escala solo se utilizaron los 7 ítems correspondientes a depresión. Teniendo un rango de puntuaciones posibles que van de 0 a 21, para la sub escala de depresión.

Cuestionario de Apoyo social

Para la evaluación del apoyo social se utilizó el cuestionario de apoyo social percibido (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991), el cual cuenta con 20 ítems. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Las opciones de respuesta están dadas a través de una escala likert de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). En este estudio se utilizó la versión abreviada de Gjesfjeld, Greeno y Kim (2008), de 12 ítems y con una consistencia interna de .94 según el alfa de Cronbach.

Escala Courtland de Control Emocional

Para evaluar el control emocional se utilizó una adaptación española de la Escala de Control Emocional de Courtland (Durá et al., 2010). La escala consta de 21 ítems con un formato de frecuencia (desde 1= casi nunca; hasta 4= casi siempre), que evalúan el control emocional del sujeto ante el enfado, la preocupación y la tristeza. Teniendo un rango de puntuaciones posibles que van de 21 a 84. El cuestionario se divide en tres subescalas una para cada emoción con 7 ítems cada una, arrojando una puntuación por cada subescala que permite la interpretación por separado de las subescalas. Al mismo tiempo, la intercorrelación moderadamente alta entre las subescalas permite la obtención de una puntuación global (instrumento completo) del control

emocional de los individuos. Esta adaptación cuenta con una alfa de Cronbach de .90.

Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Mental Adjustment to Cancer Scale, Mini-MAC, Watson et al., 1994).

Para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó, el Mini-MAC el cual constituye la versión revisada y abreviada de una escala previa, la escala MAC (Watson et al., 1988) que consta de 40 ítems y en la que la evaluación de la estrategia Evitación Cognitiva se realiza a través de un solo ítem.

El Mini-MAC consta de 29 ítems (escala tipo Likert de 4 puntos), desarrollados para evaluar cinco posibles estrategias de afrontamiento ante el cáncer: Desesperanza, que evalúa la tendencia a adoptar una actitud pesimista hacia la enfermedad; Preocupación Ansiosa, que mide los sentimientos de ansiedad y tensión relativos a la enfermedad; Espíritu de Lucha, que hace referencia a una tendencia a confrontar y afrontar activamente la enfermedad; Evitación Cognitiva, que se refiere a una tendencia a evitar la confrontación cognitiva con la enfermedad y Fatalismo, que incluye una percepción de falta de control ante la enfermedad y una actitud de resignación.

Escala del Impacto del Acontecimiento-Revisada (Impact of Event Scale-Revised, IES-R, Weiss y Marmar, 1997).

La traducción y adaptación del instrumento fue llevada a cabo por Pérez, Durá, Galdon & Andreu (2008). Se utilizó este instrumento para evaluar la variable de estrés postraumático. Este originalmente desarrollado por Horowitz

et al. (1979) y posteriormente revisado por Weiss y Marmar (1997), consta de un total de 22 ítems que evalúan, a través de una escala tipo Likert de 4 puntos, los síntomas característicos del trastorno por estrés postraumático: intrusión, reexperimentación, evitación y aumento persistente del nivel de activación, ante la presencia de un acontecimiento traumático -en nuestro caso el cáncer. La puntuación total del IES-R se obtiene a partir de la suma de las puntuaciones en el total de los ítems de la escala, ofreciendo también el instrumento una puntuación para cada una de las subescalas que la componen.

La escala original IES evalúa dos de los tres grupos de síntomas del TEP según el DSM-IV (APA, 1994): 7 ítems evalúan los síntomas de intrusión (cluster B) y 8 los de evitación (cluster C). Weiss y Marmar (1997) incorporaron 6 ítems más para conformar la escala revisada (IES-R). La única modificación respecto de los ítems que conformaban el IES original fue el desdoblamiento del ítem “tengo problemas para conciliar o mantener el sueño” -asignado originalmente a la subescala de intrusión- en dos ítems diferentes: “tengo problemas para conciliar el sueño”, que fue asignado, por su elevada correlación, a la subescala de activación, y “tengo problemas para mantener el sueño” que fue asignado a la subescala de intrusión. Por tanto, en el IES-R la subescala de evitación consta de 8 ítems y las subescalas de activación e intrusión están ambas formadas por 7 ítems. Con todo, y dado que los ítems de la escala original están contemplados en el IES-R, se pueden comparar los resultados derivados de estos ítems con los obtenidos en otros estudios que han empleado la escala original (IES; Horowitz et al., 1979).

Con la inclusión de los nuevos ítems de activación, sumados a las subescalas ya existentes en el IES, el IES-R constituye un instrumento que, siguiendo los criterios del DSM-IV (APA, 1994), permite rastrear cada uno de los diferentes grupos de síntomas de TEP, esta revisión de la escala arrojó un alfa de Cronbach de .90.

Escala de felicidad subjetiva (SHS)

Para la variable Felicidad se utilizó la Escala de Felicidad subjetiva (SHS), elaborada por Sonja Lyubomirsky para evaluar el estado de felicidad percibida. La puntuación va de nunca -1- a siempre -7-. En este estudio Se utilizará una validación preliminar de la versión española de la Subjective Happiness Scale (Extremera, Fernández, González & Cabello, 2009).

El SHS es una escala de 4-items sobre la felicidad subjetiva global. Dos de los ítems a preguntar a los entrevistados se caracterizan con ambas valoraciones absolutas y calificaciones relativas a los compañeros, mientras que los otros dos items ofrecen una breve descripción de las personas felices e infelices y pregunta a los entrevistados en la medida en que cada una caracterización los describe. Teniendo un rango de puntuaciones posibles que van de 4 a 28.

Los resultados han indicado que el SHS tiene una alta consistencia interna, por medio de los test-retest y la correlación han sugerido una confiabilidad excelente, y los estudios de validez de constructo sobre la validez

convergente y discriminante han confirmado el uso de esta escala para medir el constructo de la felicidad subjetiva.

PROCEDIMIENTO

Diseño utilizado:

Se realizó un estudio no experimental, correlacional, transversal con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Recolección de Datos:

Como primer paso, se pidieron los permisos correspondientes a los encargados de la Clínica de Mama del Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda, en San Nicolás de los Garza, Nuevo León, para la aplicación de los instrumentos, por medio del Comité de Ética de dicho hospital para que hiciera las revisiones correspondientes al protocolo de investigación.

Una vez aceptado el proyecto, se ubicaron a las pacientes que asistían a consulta a la Clínica de Mama, y se corroboró que estuvieran dentro de los criterios de inclusión. Después de esto, se les invitó a participar en la investigación, la cual era una decisión personal y voluntaria, mencionándoles que podían retirarse de la investigación en el momento que ellas lo desearan.

Antes de comenzar el llenado de los instrumentos se les solicitó que firmaran el consentimiento informado de la investigación, cubriendo el aspecto ético.

Las participantes siguieron las mismas instrucciones para el llenado de las escalas. El espacio donde se aplicaron los instrumentos fue en la sala de espera del hospital o en el aula de usos múltiples del departamento de Cirugía General del hospital, esto dependiendo de la disponibilidad de dicha aula.

Consideraciones éticas

De acuerdo a los criterios éticos de la APA, 2010. Se tomaron los siguientes puntos a considerar para la presente investigación:

3.10 Consentimiento Informado

(a) Cuando los psicólogos realizan investigaciones o evaluaciones, tratamientos, asesoramientos o servicios de consultoría en persona a través de transmisión electrónica o de otras formas de comunicación, que obtengan el consentimiento informado de la persona o personas utilizando un lenguaje que sea razonablemente comprensible a la persona o personas excepto cuando la realización de estas actividades sin el consentimiento es obligatorio por ley o regulación gubernamental o de lo dispuesto en este Código de Ética.

(b) Para las personas que son jurídicamente incapacitados para dar su consentimiento informado, los psicólogos, sin embargo deberán (1) proporcionar una explicación adecuada, (2) buscar la aprobación de la persona, (3) considerar las preferencias de esas personas y los intereses, y (4) obtener el permiso de una persona legalmente autorizada, si tal acuerdo porque se

permita o exija la ley. Cuando el consentimiento de una persona autorizada legalmente no está permitido o requerido por la ley, los psicólogos toman las medidas razonables para proteger los derechos del individuo y el bienestar.

(c) Cuando los servicios psicológicos son por orden judicial o por prescripción de otro modo, los psicólogos informan al individuo de la naturaleza de los servicios previstos, incluyendo si los servicios son por orden judicial o por prescripción y los límites de la confidencialidad, antes de proceder.

3.01 Mantener la confidencialidad

Los psicólogos tienen la obligación principal de tomar las precauciones razonables para proteger la información confidencial obtenida a través o almacenada, reconociendo que el alcance y los límites de la confidencialidad pueden ser regulados por la ley o establecido por las reglas institucionales o relación profesional o científica.

3.02 Al hablar de los límites de la confidencialidad

(A) Los psicólogos discuten con las personas (incluyendo, a la medida de lo posible las personas, que son jurídicamente incapacitados para dar su consentimiento informado y sus representantes legales) y las organizaciones con las que establecer una relación científica o profesional (1) los límites pertinentes de la confidencialidad y (2) los usos previsibles de la información

generada a través de sus actividades psicológicas. (Ver también Norma 3.10, el consentimiento informado).

(B) A menos que no es posible o está contraindicada, la discusión de la confidencialidad se produce en el inicio de la relación y, posteriormente, las nuevas circunstancias lo justifiquen.

4.05 Divulgación

(A) Los psicólogos pueden revelar información confidencial con el pertinente permiso del cliente organizacional, cada cliente / paciente u otra persona legalmente autorizada en nombre del cliente / paciente, al menos que esté prohibido por la ley.

(B) Los psicólogos revelan información confidencial sin el consentimiento de la persona sólo como manda la ley, o cuando lo permita la ley para un propósito válido, como a (1) ofrecen los servicios necesarios profesionales; (2) obtener adecuadas consultas profesionales, (3) proteger al cliente / paciente, un psicólogo, u otros de cualquier daño, o (4) obtener el pago por los servicios de un cliente / paciente, en el cual se limita la divulgación de instancia al mínimo necesario para lograr el propósito

4.07 Uso de la información confidencial con fines didácticos o de otra índole.

Los psicólogos no dan a conocer en sus escritos, conferencias u otros medios de comunicación públicos, información confidencial de identificación personal

de sus clientes, pacientes, estudiantes, participantes en la investigación, los clientes de la organización u otros que reciban sus servicios que obtengan durante el curso de su trabajo, a menos que (1) que tome las medidas razonables para disfrazar a la persona u organización, (2) la persona u organización que ha dado su consentimiento por escrito, o (3) no hay autorización legal para hacerlo.

Análisis de Datos:

Teniendo recolectada la muestra, se realizó la captura de datos en el programa SPSS 16.

- Ya capturada la información en el paquete estadístico se llevó a cabo la revisión de los datos, así como la recodificación de ítems necesarios según las escalas.
- Se hizo la exploración del comportamiento de los datos, realizando el análisis descriptivo de cada variable.
- Se revisó la consistencia interna de cada escala a través del alfa de Cronbach, posteriormente se analizaron las correlaciones entre las variables de estudio.
- Se llevó a cabo el análisis Kruskal-Wallis para comparar las diferencias de las variables psicosociales según la etapa en la que se encontraban (diagnóstico, tratamiento y seguimiento).
- Para la identificación de los grupos que mostraban diferencias entre los puntajes de preocupación ansiosa, procedió a realizar un análisis de

comparación de medias en los tres grupos, respecto a esta variable, mediante el estadístico U de Mann Whitney.

- Se realizó el análisis de comparación de medias a través del estadístico U de Mann Whitney, con el fin de evaluar si existían diferencias de los puntajes de las variables psicosociales respecto a las pacientes que tenían sintomatología postraumática (≥ 20).
- Se realizó el análisis de correlación para la identificación de las variables psicosociales relacionadas con el TEPT.
- Finalmente, se realizó el modelamiento de ecuaciones estructurales para la realización de un modelo que explicara la sintomatología del TEPT.

A continuación en la Tabla 1. Se presenta la correspondencia de los objetivos con cada uno de los análisis.

Tabla 1. Relación entre objetivos y análisis estadísticos.

Objetivo General: Evaluar la presencia de las variables psicosociales y su relación con los síntomas de TEPT en mujeres con cáncer de mama.	
Objetivos específicos	Análisis
Evaluar las variables psicosociales en mujeres con cáncer de mama.	- Análisis descriptivos
Evaluar los niveles de estrés, depresión, calidad de vida, felicidad, los puntajes de control emocional, apoyo social, trastorno de estrés postraumático, así como el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan las mujeres con cáncer de mama, de acuerdo a la etapa en la que se encuentren (diagnóstico, tratamiento o seguimiento).	- Análisis descriptivos
Evaluar las diferencias de las variables psicosociales en mujeres con cáncer de mama, respecto a la etapa en la que se encuentren (diagnóstico, tratamiento o seguimiento).	- Análisis Kruskal-Wallis. - Estadístico U de Mann Whitney
Identificar las variables psicosociales relacionadas con la sintomatología del trastorno de estrés postraumático en mujeres con cáncer de mama.	- Análisis de correlación de Spearman.

Estimar un modelo estructural parsimonioso para explicar la sintomatología del estrés postraumático en mujeres con cáncer de mama. - Modelamiento de ecuaciones estructurales.

Limitaciones y Delimitaciones

El presente trabajo se desarrolló con la participación voluntaria de mujeres con cáncer de mama que se estuvieran atendiendo en el Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” del municipio de San Nicolás de los Garza, Nuevo León con el objetivo de evaluar la presencia de las variables psicosociales y su relación con los síntomas del TEPT.

Una limitación de este estudio fue que debido a que se trabajó con una muestra clínica y voluntaria, las pacientes podían negarse a participar en el estudio, o dejar de contestar en el momento que desearan, por lo cual la muestra se redujo por este factor.

CAPITULO IV

RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos planteados para el estudio, se realizaron los análisis correspondientes para el cumplimiento de los mismos. El primer objetivo fue el de evaluar las características y comportamiento estadístico de las variables incluidas. A continuación se muestra la descripción de las variables sociodemográficas de la muestra obtenida.

La muestra total estuvo conformada con 79 participantes atendidas en la Clínica de Mama del Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” en el Municipio de San Nicolás de los Garza, Nuevo León. La edad promedio de las participantes fue de 51.4 (D.E.= 10) años, con una media de escolaridad de 8 (D.E.= 4) años, lo cual equivale al segundo año de secundaria. Tal como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Variables demográficas.

	Edad	Escolaridad
Media	51.4	8
Mediana	51.0	6
D.E	10.0	4

El 53.2% de esta muestra fueron personas casadas y el 11.4% solteras (Tabla 3). De las cuales, el 26.6% de estas mujeres trabajaba al momento del estudio y el 54.4% trabajaba antes de recibir el diagnóstico. Los resultados

muestran también que el 48.1% de las participantes tiene familiares con antecedentes de cáncer, siendo el 22.8% de cáncer de mama.

Tabla 3. Estado civil.

	f	%
Soltera	9	11.4
Casada	42	53.2
Unión libre	7	8.9
Divorciada	3	3.8
Separada	7	8.9
Viuda	11	13.9

Respecto a las variables relacionadas a la enfermedad, se tiene que la media de tiempo de diagnóstico de las participantes fue de 18.95 (D.E.= 25.5) meses, de las cuales el 34.3% se encontraba recibiendo algún tipo de tratamiento para el cáncer al momento del estudio. Tal como se puede ver en la Tabla 4. Es importante mencionar también, que de las pacientes evaluadas, el 97.5% recibieron algún tipo de cirugía, tal como se muestra en la tabla 5.

Tabla 4. Etapas del proceso de enfermedad.

Etapas	f	%
Diagnóstico	15	19.0
Tratamiento	27	34.3
Seguimiento	37	46.7

Tabla 5. Tipo de cirugía recibida.

Tipo de cirugía	f	%
Mastectomía	45	57.0
Cuadrantectomía	19	24.0
Biopsia	14	17.7

En cuanto a la etapa de la enfermedad en la que se encontraba el cáncer al momento del diagnóstico el 45.6% indicó desconocer esta información. De las participantes que sí conocían esta información, el 22.8% fueron de la etapa II del cáncer de mama. Los resultados se muestran a continuación en la Tabla 6.

Tabla 6. Etapa de diagnóstico del cáncer de mama.

Etapa	f	%
0	5	6.3
I	8	10.1
II	18	22.8
III	9	11.4
IV	3	3.8
No sabían	36	45.6

Confiabilidad de los instrumentos

Se hizo el análisis de confiabilidad de los instrumentos los cuales mostraron tener una consistencia interna adecuada.

Tabla 7. Análisis de fiabilidad de los instrumentos.

Instrumento	Alfa de Cronbach	No. de ítems
PSS	.75	14
QLQ-C30	.89	53
HADS	.79	7
MOS	.94	11
SHS	.70	4
CEC	.82	21
IES-R	.92	22
Mini MAC	.89	29
DE	.79	8
PA	.85	8
EC	.61	4
FA	.84	5
EL	.70	4

PSS: Escala de Estrés Percibido; QLQ: Cuestionario de Calidad de Vida Para Cáncer de Mama; HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; MOS: Cuestionario de Apoyo Social; SHS: Escala de Felicidad Subjetiva; CEC: Escala Courtland de Control Emocional; IES-R: Escala de Impacto del Evento Estresante-Revisada; Mini MAC: Escala de Ajuste Mental al Cáncer Reducida; DE: Desesperanza; PA: Preocupación Ansiosa, EC: Evitación Cognitiva, FA: Fatalismo, EL: Espíritu de Lucha.

En las Tablas 8 y 8.1, se muestran a continuación los estadísticos descriptivos para cada variable incluida en el estudio.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las variables.

Variable	Felicidad	Depresión	Estrés	Calidad de vida	Apoyo Social	Control emocional	TEPT
Media	5.7	3.1	21.5	83.5	44.1	49.2	28.7
Mediana	6.0	2.0	22.0	80.7	48.0	47.0	23.0
D.E.	1.1	3.4	7.7	11.0	11.0	10.6	21.5

Tabla 8.1. Estadísticos descriptivos de las estrategias de afrontamiento.

Variable	Desesperanza	Preocupación ansiosa	Evitación cognitiva	Fatalismo
Media	11.7	15.1	10.2	17.1
Mediana	10.0	14.0	10.0	18.0
D.E.	4.5	5.2	3.2	3.6

Cumpliendo con el segundo objetivo, se presentan a continuación los estadísticos descriptivos de cada variable según las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, además de los estadísticos correspondientes al análisis para el tercer objetivo en el cual se planteó evaluar las diferencias de las variables psicosociales según las etapas antes mencionadas, mediante la prueba Kruskal-Wallis.

De acuerdo a los descriptivos de las variables, según cada etapa del proceso de enfermedad, la variable felicidad, tuvo puntuaciones muy similares en las tres etapas, además de ser puntuaciones altas, ya que el puntaje máximo posible es de 7. El puntaje más alto fue el de las pacientes que se encontraban en la etapa de tratamiento, con una media de 5.81 en la escala de felicidad.

Para la variable depresión, las pacientes que se encontraban en la etapa de diagnóstico fueron quienes presentaron los puntajes más altos, con respecto a las pacientes en etapas de tratamiento o seguimiento. Aunque este grupo fue el que puntuó más alto, se consideran dentro del rango normal (0-7), es decir, no se consideran casos clínicos, en este ni en los otros grupos de pacientes, de acuerdo a los puntos de corte sugeridos por los autores de la escala (Zigmond & Snaith, 1983).

Tabla 9. Estadísticos descriptivos de las variables y análisis de Kruskal-Wallis, por grupos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

	Felicidad	Depresión	Estrés	TEPT	Apoyo Social	Control Emocional	Calidad de Vida	Desesperanza	Preocupación Ansiosa	Espíritu de Lucha	Evitación	Fatalismo
Diagnóstico												
Media	5.38	3.87	25.1	28.9	45.1	47.8	82.7	14.4	17.7	12.4	10	14.7
Mediana	5.5	3	23	19	51	46	80.2	11	16	13	10	17
D.E	1.4	4.53	8.5	24.3	12.9	11.1	12.8	6.3	5.9	3.5	3.5	5.3
Tratamiento												
Media	5.81	3.11	21.3	28.6	46.1	50	83	11.3	15.7	14	10.2	17.6
Mediana	6	3	22	24	52	47	82.2	10	15	15	10	18
D.E	1	2.7	6.6	20.8	10	10.8	10.9	3.6	4.9	2	3.4	2.5
Seguimiento												
Media	5.78	2.81	20.2	28.9	42.3	49.1	84.1	10.9	13.6	13.9	10.3	17.6
Mediana	6	2	20	22	47	47	81.3	9	13	15	10	18
D.E	.98	3.4	7.8	21.5	10.9	10.6	10.5	3.8	4.6	2.4	3.1	3
Kruskal-Wallis												
K	276	.25	.43	389	.77	680	888	.11	.42	.01	495	.97
P	71	324	297	823	250	712	641	352	015	222	781	226

Como se puede observar en la Tabla 9 las pacientes que se encontraban en la etapa de diagnóstico al momento de la evaluación, fueron quienes puntuaron más alto en estrés.

Para la escala de estrés percibido González-Ramírez, Rodríguez-Ayán y Landero (2013), tomamos como referencia la media de estrés percibido de las

mujeres evaluadas en ese estudio ($M=23.38$, $D.E.=8.10$), los cuales pueden considerarse como puntajes esperados para muestras de mujeres, debido a que fue una muestra amplia. Los autores de este estudio, recomiendan se reste a la media una desviación estándar para considerar niveles de estrés bajo ($M=<15.2$) y se le sume una desviación estándar para considerar niveles de estrés altos ($M=>31.56$). A partir de esto, podemos decir que ninguno de los grupos evaluados presentó niveles altos de estrés, siendo el grupo de diagnóstico quien se puntuó más alto ($M=25.1$, $D.E.=8.5$), aun así no se puede considerar como niveles altos de estrés.

Para el Trastorno de Estrés Postraumático, no se muestran diferencias en los puntajes de los tres grupos evaluados. El punto de corte considerado para suponer casos susceptibles al diagnóstico del TEPT es de ≥ 20 (Costa & Gil, 2007), lo cual de acuerdo a los resultados obtenidos, podemos hablar de que existe presencia de sintomatología postraumática en los tres grupos evaluados. Siendo el 54.4% ($N=46$) de la muestra el que resultó con puntuación mayor al punto de corte, las cuales se pueden considerar como susceptibles a diagnóstico de TEPT.

Como se puede observar en la Tabla 9, los tres grupos de pacientes muestran un apoyo social alto, ya que la puntuación máxima posible de esta escala es de 55 puntos. Siendo el grupo de pacientes que se encontraban en tratamiento, quienes manifestaron mayor apoyo social percibido. Por el contrario quienes mostraron menor apoyo social percibido fueron las pacientes del grupo que se encontraba en seguimiento.

En cuanto a los resultados del control emocional, se aprecia a nivel

descriptivo en relación a las medias de los resultados obtenidos, que el grupo que puntuó más alto fue el que se encontraba en tratamiento.

Tal como se puede apreciar en la Tabla 9, en la etapa de diagnóstico, la estrategia de afrontamiento en la que puntuaron más alto fue en Fatalismo, siendo entonces la más utilizada por este grupo de pacientes que se encontraban recién diagnosticadas. En las pacientes que se encontraban en tratamiento y seguimiento las estrategias de afrontamiento más utilizadas por estos grupos fueron Fatalismo y Espíritu de Lucha.

Respecto a los resultados de la calidad de vida en los diferentes grupos de pacientes, quienes tuvieron mayores puntajes fue el grupo de pacientes en seguimiento, es decir, quienes ya habían finalizado el tratamiento y solo acudían al hospital para monitoreo para la detección oportuna de una recidiva o la aparición de un nuevo cáncer.

En lo que respecta al análisis de la varianza Kruskal-Wallis, no se encontraron diferencias significativas respecto a las variables según en la etapa que se encontraban (diagnóstico, tratamiento y seguimiento), a excepción de la estrategia de afrontamiento Preocupación ansiosa ($K=8.42$, $p=.015$).

Para la identificación de los grupos que mostraban diferencias entre los puntajes de preocupación ansiosa, primeramente se contrastó el supuesto de igualdad de varianza, mediante el estadístico de Levene, la cual presentó homogeneidad de varianza ($p=.366$). Sin embargo, la variable de preocupación ansiosa no cumplió con el supuesto de normalidad ($P=.001$). Por lo cual se procedió a realizar un análisis de comparación de medias en los tres grupos, respecto a esta variable, mediante el estadístico U de Mann Whitney, el cual

nos permitió observar las diferencias significativas entre las medias de Preocupación Ansiosa de acuerdo a las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Los resultados del análisis, mostraron diferencias significativas para la preocupación ansiosa entre las pacientes que se encontraban en etapa de diagnóstico y quienes se encontraban en seguimiento ($P=.004$). Los resultados se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10. Análisis U de Mann Whitney para preocupación ansiosa.

Etapas		U	Z	Sig.
Diagnóstico	Tratamiento	89.0	-1.14	.257
Diagnóstico	Seguimiento	390.0*	-2.91	.004
Tratamiento	Seguimiento	123.0	-.210	.834

*La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Se realizó el análisis de comparación de medias a través del estadístico U de Mann Whitney, con el fin de evaluar si existían diferencias de los puntajes de las variables psicosociales respecto a las pacientes que tenían sintomatología postraumática (≥ 20). Por lo cual se hicieron dos grupos, quedando distribuidos de la siguiente manera.

Tabla 11. Frecuencias para grupos de presencia y ausencia de sintomatología del TEPT.

	f	%
TEPT ≥ 20	46	54.4
TEPT ≤ 19	33	45.6

Una vez divididas las pacientes en dos grupos. Se realizaron los estadísticos descriptivos para cada una de las variables. A continuación se presentan únicamente los descriptivos de las variables que mostraron diferencias significativas en la prueba.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de las variables significativas del análisis U de Mann Whitney entre los grupos con presencia y ausencia de sintomatología de TEPT.

Variable	Media		Mediana		D.E.	
	TEPT	TEPT	TEPT	TEPT	TEPT	TEPT
	≥20	≤19	≥20	≤19	≥20	≤19
Estrés	23.78	18.27	23	18	7.01	7.54
Desesperanza	12.59	10.48	11	9	4.81	3.67
Preocupación ansiosa	16.46	13.15	15	12	5.27	4.4
Evitación cognitiva	11.11	9.03	11	9	3.07	3.11
Depresión	3.63	2.39	1.00	3.00	2.70	4.11

A continuación, en la Tabla 13 se presentan los resultados del análisis U de Mann Whitney para muestras independientes, se presentan únicamente las variables que resultaron significativas.

Como se puede observar, quienes mostraron una diferencia significativa en los puntajes de la media fueron estrés, depresión y de las estrategias de afrontamiento desesperanza, preocupación ansiosa y evitación cognitiva.

Tabla.13. Variables que mostraron diferencias en las pacientes con
sintomatología de TEPT mediante U de Mann Whitney.

Variable	U	Z	p
Desesperanza	556.0	-2.063	.039
Preocupación ansiosa	447.0	-3.111	.002
Evitación cognitiva	487.0	-2.720	.007
Depresión	444.5	-3.165	.002
Estrés	419.5	-3.380	.001

Lo anterior nos dice que las pacientes susceptibles a diagnóstico del TEPT pueden utilizar tender a utilizar más estrategias de afrontamiento de desesperanza, preocupación ansiosa y evitación cognitiva. Así como tener niveles de estrés y depresión más altos en comparación a quienes tienen menos sintomatología postraumática.

De acuerdo al cuarto objetivo de la presente investigación, se realizaron los análisis de correlación, para identificar las variables relacionadas con el TEPT. Previo a esto, se revisó la normalidad de cada escala con la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, la única variable que no se mostró significativa fue estrés, como se muestra en la Tabla 14. Se reportan los resultados de dicho análisis únicamente de las variables que correlacionaron con el TEPT.

Tabla 14. Análisis de normalidad Kolmogorov-Smirnov.

Variable	Estadístico	gl	p
Depresión	.210	79	.001
Desesperanza	.209	79	.001
Preocupación ansiosa	.139	79	.001
Evitación cognitiva	.112	79	.016
TEPT	.144	79	.001
Estrés	.089	79	.196

Del análisis realizado entre las variables psicosociales las variables que correlacionaron con el TEPT fueron, Depresión ($r_s = .395$, $p = .001$), Estrés percibido $r_s = .461$, $p = .001$), Preocupación ansiosa ($r_s = .495$, $p = .001$), Evitación Cognitiva ($r_s = .361$, $p = .001$) y Desesperanza $r_s = .314$, $p = .005$).

Como último objetivo de investigación, se planteó la estimación de un modelo estructural para la explicación de la sintomatología del estrés postraumático en mujeres con cáncer de mama, este se realizó mediante modelamiento de ecuaciones estructurales (SEM), utilizando el programa AMOS 20. Se inició con la confirmación del modelo hipotético Figura 1. Ya que partiendo de este se identificaron las variables significativas del modelo, para poder obtener la bondad de ajuste en el modelo final.

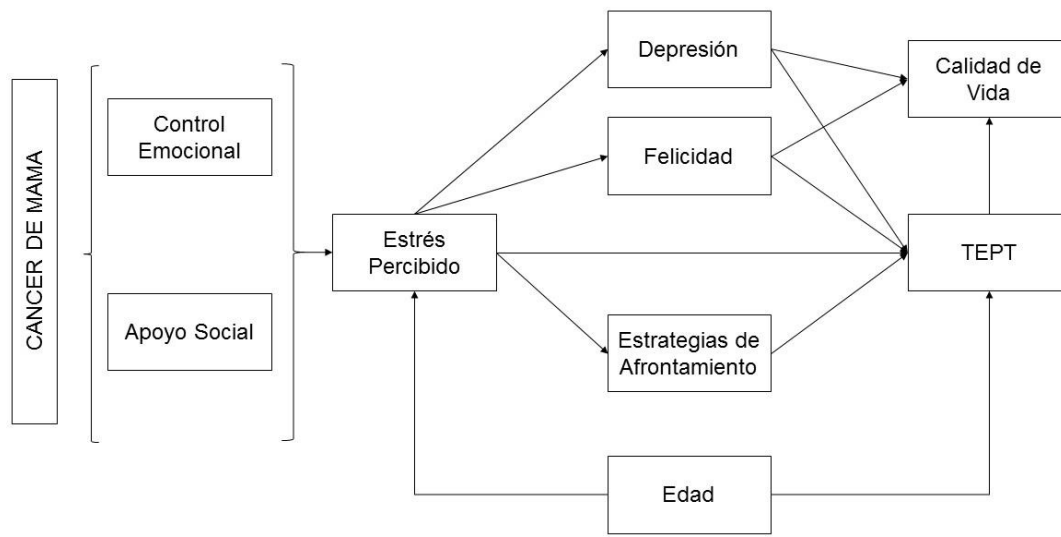


Figura 1. Modelo hipotético.

En cada uno de los modelos estimados, más de un parámetro resultó ser no significativo, sin embargo, se fueron eliminando uno a uno considerando el de menor aporte y dicho parámetro es el que se menciona en la descripción de cada modelo.

En el modelo hipotético (Figura 1) el efecto de la edad sobre el TEPT no fue significativo, además de ser el de menos aporte ($\beta = -.003$, $p = .989$). A partir de esto, se eliminó dicho parámetro y se estimó de nuevo el modelo.

En el segundo modelo estimado el efecto del estrés sobre el espíritu de lucha no fue significativo, además de que la β fue la más baja ($\beta = -.005$, $p = .898$) por lo que se eliminó dicho parámetro y se estimó de nuevo el modelo.

En el tercer modelo, el efecto del TEPT sobre la calidad de vida no fue significativo con una $\beta = -.023$, $p = .087$, por lo que eliminó dicho parámetro.

Además, a partir de este modelo, debido a que no se confirmó la

influencia del TEPT sobre la calidad de vida, se hizo la modificación para que las estrategias de afrontamiento tuvieran un efecto directo sobre la calidad de vida. Después de esto, se estimó nuevamente el modelo. Los índices de bondad de ajuste se muestran en la Tabla 15.

Se realizó nuevamente la estimación del modelo. En el cuarto modelo, el efecto del estrés sobre la evitación cognitiva, además de no ser significativa la relación, tuvo el aporte más bajo ($\beta=.038$, $p=.419$).

A partir del modelo anterior, se estimó el quinto modelo, el cual indicó que el efecto de la desesperanza sobre la calidad de vida tenía una $\beta=-.039$, $p=.630$, por lo que se fijó a cero dicho parámetro y se procedió nuevamente a la estimación del modelo.

En modelo 6, el espíritu de lucha no tuvo un efecto significativo sobre la calidad de vida ($\beta=-.023$, $p=.908$), por lo cual a partir de esto, se eliminó dicho parámetro y se procedió nuevamente a la estimación del modelo.

En el modelo 7, el efecto del espíritu de lucha sobre la calidad de vida no fue significativo, además de que fue el que tuvo un aporte más bajo ($\beta=-.057$, $p=.276$). A partir de esto se procedió a la estimación de un nuevo modelo.

En el modelo 8, no se confirmó la relación del fatalismo sobre la calidad de vida, con una $\beta=-.069$, $p=.434$. Por lo que dicho parámetro se estimó a cero.

En el modelo 9, la correlación entre el control emocional y el apoyo social tampoco fue significativa. Además de que no se confirmó la influencia del control emocional sobre el estrés ($\beta=.105$, $p=.217$) por lo que se eliminó la variable control emocional y se procedió nuevamente a la estimación del modelo. Los índices de bondad de ajuste se pueden observar en la Tabla 15.

Respecto al modelo 10, no se confirmó el efecto de la edad sobre el estrés ($\beta = -.125$, $p = .137$). Se procedió nuevamente a la estimación del modelo.

En el modelo 11, no fue significativa la influencia del control emocional sobre el estrés ($\beta = -.051$, $p = .532$). En el modelo 12, la influencia del apoyo social sobre el estrés no fue significativa ($\beta = -.136$, $p = .079$). Se fijó a cero este parámetro y se procedió nuevamente a la estimación del modelo.

Para el modelo 13, el efecto de la depresión sobre la calidad de vida no fue significativo ($\beta = -.151$, $p = .104$). Los índices de bondad de ajuste para cada modelo se pueden ver en la Tabla 15.

En el modelo 14, el efecto de la depresión sobre el TEPT no fue significativo ($\beta = .248$, $p = .710$), por lo cual se procedió a eliminar esta variable del modelo.

En el modelo 15, la influencia de la desesperanza sobre el TEPT no fue significativa ($\beta = .601$, $p = .256$) por lo que se fijó a cero este parámetro y se estimó nuevamente el modelo.

En el modelo 16, el efecto de la felicidad sobre el TEPT no fue significativo ($\beta = .746$, $p = .696$). Por lo que se eliminó dicho parámetro y se procedió nuevamente a la estimación de un nuevo modelo.

En el modelo 17, el efecto del espíritu de lucha sobre el TEPT, no resultó significativo ($\beta = -2.41$, $p = .079$), se eliminó dicha variable y se estimó un nuevo modelo.

En el modelo 18, el efecto del fatalismo sobre el TEPT no fue significativo ($\beta = .660$, $p = .253$), por lo que se eliminó dicha variable del modelo y se procedió a la estimación de un nuevo modelo. Finalmente, el modelo 19, como se puede

ver en la Figura 2, puede considerarse como el modelo final, ya que fue el que mostró mejor bondad de ajuste. Además de que no presenta índices de modificación.

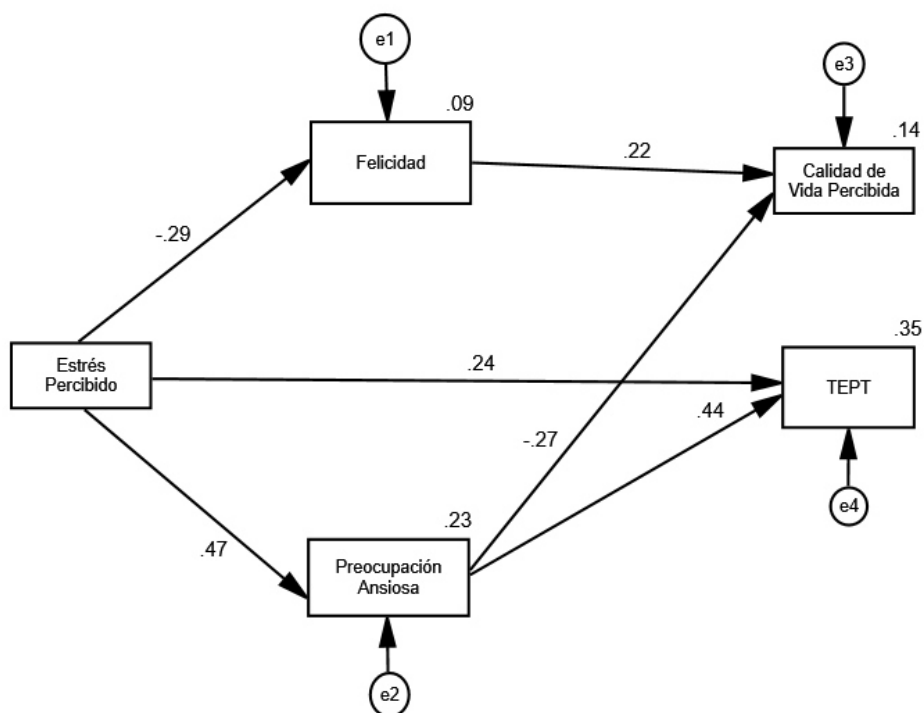


Figura 2. Modelo diecinueve.

Como se puede ver en la Figura 2. La variable que por sí misma tuvo mayor efecto sobre el TEPT, fue el estrés ($\beta=.244$, $p=.018$), mientras que la preocupación ansiosa como mediadora del estrés, tuvo un efecto de ($\beta=.438$, $p=.001$). Así como el efecto del estrés sobre la preocupación ansiosa fue de ($\beta=.475$, $p=.001$). Explicando en conjunto una varianza del 35% del TEPT.

Para la calidad de vida, el estrés tuvo un efecto sobre la felicidad de ($\beta=-.293$, $p=.007$). La felicidad mediadora del estrés ante la calidad de vida tuvo un efecto positivo sobre la calidad de vida ($\beta=.220$, $p=.037$). Así como la preocupación ansiosa como mediadora del estrés ante la calidad de vida, con

un efecto negativo ($\beta = -.275$, $p = .009$). Explicando el estrés, la felicidad y la preocupación ansiosa varianza del 14% sobre la calidad de vida.

Tabla 15. Índices de bondad de ajuste para cada modelo estimado.

Modelo	X^2	gl	P=	X^2/gl	Índices de ajuste absoluto			Índices de ajuste de incremento			
					GFI	AGFI	RMSEA	NFI	TLI	CFI	IFI
1	261.9	55	.001	4.76	.67	.45	.22	.31		.32	
2	261.9	56	.001	4.68	.67	.46	.22	.31	.06	.32	.37
3	261.9	57	.001	4.59	.67	.47	.22	.31	.08	.33	.37
4	259.3	53	.001	4.89	.67	.44	.22	.32	.00	.32	.37
5	191.4	44	.001	4.35	.75	.56	.21	.38	.09	.40	.45
6	191.6	45	.001	4.26	.75	.57	.20	.38	.12	.40	.45
7	191.6	46	.001	4.17	.75	.58	.20	.38	.14	.40	.45
8	192.8	47	.001	4.10	.75	.58	.20	.38	.16	.40	.44
9	193.4	48	.001	4.10	.75	.59	.20	.38	.18	.40	.44
10	178.4	39	.001	4.60	.75	.58	.21	.38	.16	.41	.44
11	84.5	37	.001	2.28	.85	.73	.128	.71	.70	.80	.81
12	78.6	29	.001	2.71	.84	.70	.148	.72	.68	.79	.80
13	61.3	21	.001	2.92	.87	.71	.157	.77	.70	.82	.83
14	63.9	22	.001	2.91	.86	.72	.156	.76	.70	.81	.83
15	50.7	16	.001	3.17	.88	.73	.167	.78	.70	.83	.84
16	23.2	11	.017	2.10	.93	.82	.119	.88	.87	.93	.93
17	23.1	12	.025	1.95	.93	.83	.110	.88	.89	.93	.94
18	19.9	8	.011	2.49	.93	.81	.138	.79	.72	.85	.86
19	1.76	4	.78	.78	.99	.97	.001	.98	1.1	1	1.03

CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El cáncer de mama se puede considerar como un acontecimiento estresante debido a que las mujeres pueden verse expuestas a situaciones que afectan de manera importante su bienestar tanto físico, como psicosocial, ya que deben enfrentarse al impacto producido por el diagnóstico y las consecuencias que esto trae, además de los efectos secundarios de los tratamientos, el cambio en su apariencia corporal y el miedo a la recurrencia.

Así mismo, los procedimientos médicos utilizados –mastectomía y quimioterapia– generan gran variedad de efectos psicológicos en las pacientes (Cruzado, 2006; Olivares, 2007; Rojas-May, 2006), constituyendo experiencias traumáticas para muchas de ellas (Olivares, 2007).

Es por ello que el TEPT relacionado con el cáncer es complejo, ya que puede ser una respuesta de trauma asociada al diagnóstico, tratamiento o complicaciones terapéuticas (Adrykowsky & Kangas, 2010).

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la relación de las variables psicosociales con la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres con cáncer de mama. Además de evaluar las diferencias de las variables dependiendo la etapa del proceso de enfermedad en la que se encontraran.

Respecto a la sintomatología del TEPT, no se encontraron diferencias entre los puntajes obtenidos en cada una de las etapas. A pesar de estos

resultados, de acuerdo al punto de corte considerado para suponer casos susceptibles al diagnóstico del TEPT (>20), y partiendo de los resultados obtenidos, podemos considerar la presencia de sintomatología postraumática en los tres grupos evaluados. Además de acuerdo a los resultados de comparación de medias respecto a las puntuaciones de casos susceptibles o no a diagnóstico de TEPT, se puede concluir, que quienes tienen mayor sintomatología postraumática, pueden tener una tendencia a utilizar más las estrategias de afrontamiento de desesperanza, preocupación ansiosa y evitación cognitiva. Así como tener niveles de estrés más altos en comparación a quienes tienen menor sintomatología postraumática.

Por lo cual se puede afirmar que las pacientes con cáncer de mama pueden presentar sintomatología del TEPT desde el momento del diagnóstico de dicho padecimiento, durante el tratamiento y presentarse también en quienes han terminado su tratamiento activo, como es el caso del grupo de las pacientes en seguimiento. Siendo los síntomas de evitación los que resultaron con mayor frecuencia en las pacientes susceptibles a recibir diagnóstico del TEPT de esta muestra, los cuales se refieren a la evitación de cualquier situación, lugar u objeto asociado a su enfermedad. Estos resultados son consistentes con de Pérez et al. (2014), quienes reportaron diferencias significativas en el uso de la evitación cognitiva en pacientes con cáncer de mama susceptibles a diagnóstico de TEPT, en etapa de seguimiento.

Esto habla sobre el efecto postraumático que puede tener un diagnóstico de una enfermedad de este tipo en la vida de las pacientes. Nuestros resultados son consistentes con los reportados por Kassa, Malt, Hagen, Wist, Moum y

Kvikstad (1993), en una muestra conformada por pacientes de diferentes tipos de cáncer los cuales acababan de recibir un diagnóstico de recidiva y se encontraban en tratamiento paliativos.

Respecto a los niveles de estrés, el grupo de pacientes que puntuó más alto en estrés fue el de diagnóstico ($M=25.1$, $D.E.=8.5$). Según los puntajes reportados por González-Ramírez, Rodríguez-Ayán y Landero (2013) y la consideración de los puntajes de dicho estudio como puntajes esperables para muestras de mujeres, ninguno de nuestros grupos evaluados manifestó niveles de estrés alto. No obstante, nuestros resultados son superiores a los reportados por Golden-Kreutz, Browne, Frierson & Andersen (2004) en pacientes con cáncer de mama (diagnóstico, $M=17.55$, $D.E.=6.72$; finalizado el tratamiento, $M=14.04$, $D.E.=7.07$).

Para la depresión, las pacientes que se encontraban en la etapa de diagnóstico fueron quienes presentaron los puntajes más altos, con respecto a las pacientes en etapas de tratamiento o seguimiento. Esto siendo similar a lo reportado en el estudio de Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández y Pelaez (2011), en el que comentaban que las puntuaciones de depresión fueron significativamente mayores en las pacientes antes de iniciar el tratamiento. Aunque este grupo fue el que puntuó más alto, se consideran dentro del rango normal (0-7), es decir, no se consideran casos clínicos, en este ni en los otros grupos de pacientes, de acuerdo a los puntos de corte sugeridos por los autores de la escala (Zigmond & Snaith, 1983).

Lo anterior difiere de lo reportado por Rico, Restrepo y Molina (2005), en el que reportan que el 42% de las pacientes con cáncer de mama incluidas en

su estudio se encuentran dentro del rango de posible caso clínico.

Los tres grupos de pacientes mostraron un apoyo social alto, ya que la puntuación máxima posible de esta escala es de 55 puntos. Siendo el grupo de pacientes que se encontraban en tratamiento, quienes manifestaron mayor apoyo social percibido. Esto puede deberse a que especialmente cuando se encuentran en tratamiento de quimioterapia es cuando, debido a los efectos secundarios, necesitan más ayuda por parte de las personas más cercanas a ellos.

Por el contrario quienes mostraron menor apoyo social percibido fueron las pacientes del grupo que se encontraba en seguimiento. Hernández y Landero (2014a) reportaron también resultados de apoyo social similares a los encontrados en el presente estudio con una Media de 44.5 (D.E = 9.41), en un grupo de pacientes con cáncer de mama. Esto puede deberse a que cuando la paciente llega a una etapa de seguimiento, es porque ya ha completado su proceso de tratamiento, en el cual por lo general tuvieron acceso regular a los proveedores de salud, así como amigos y familiares que proporcionaron fuerte apoyo (Knobf, 2000).

Cuando el tratamiento termina y por lo general suelen reincorporarse a sus roles familiares, sociales y laborales, además de la pérdida de contacto regular con los profesionales de la salud, puede provocar la sensación de pérdida de la “red de seguridad” que tenían mientras se encontraban en tratamiento activo (Arnold, 1999), es por esto que puede verse disminuida la percepción de apoyo social en las pacientes en seguimiento.

En cuanto a los resultados del control emocional, se aprecia a nivel

descriptivo en relación a las medias de los resultados obtenidos, que el grupo que puntuó más alto fue el que se encontraba en tratamiento. Los resultados de los tres grupos son inferiores a los reportados por Pérez (2012), los cuales fueron divididos por grupos de pacientes en tratamiento y seguimiento, comparado con grupos de caso o no caso de TEPT, es decir quienes podrían tener un diagnóstico de este trastorno y quiénes no.

En ambos casos, los puntajes de control emocional, están por encima de los encontrados en el presente estudio, con una media para las pacientes que no eran susceptibles a un diagnóstico de TEPT en etapa de tratamiento de 57.1 (D.E.= 15.3); Caso Sub-clínico: Media= 57.1 (D.E.= 15.2) y quienes se encontraban en etapa de seguimiento, del grupo sin TEPT, reportaron una Media de 58.8 (D.E.=15.7) y los casos susceptibles a diagnóstico con una Media de 51.2 (D.E.=16.2).

De acuerdo a los descriptivos de las variables, según cada etapa del proceso de enfermedad, la variable felicidad, tuvo puntuaciones muy similares en las tres etapas, además de ser puntuaciones altas, ya que el puntaje máximo posible es de siete. El puntaje más alto fue el de las pacientes que se encontraban en la etapa de tratamiento, con una media de 5.81 en la escala de felicidad. Estos puntajes son superiores a los reportados por Hernández y Landero (2014b) en una muestra con mujeres con cáncer de mama.

Además estos resultados muestran también ser ligeramente superiores a muestras de población general (Vera-Villaruel, Celis-Atenas & Córdova-Rubio, 2011; Moyano & Ramos, 2007). Estos resultados pueden explicarse desde los puntajes altos de apoyo social en los tres grupos. Ya que como algunos autores

han reportado (Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Jopp & Rott, 2006; North, Holahan, Moos & Cronkite, 2008), el apoyo social es comúnmente considerado como una fuente primaria de la felicidad.

En la etapa de diagnóstico, la estrategia de afrontamiento en la que puntuaron más alto fue en Fatalismo, siendo entonces la más utilizada por este grupo de pacientes que se encontraban recién diagnosticadas. Los resultados del grupo de recién diagnóstico difieren a los encontrados por Wang, Tu, Liu, Ye y Hsu (2013), ya que ellos reportan que la estrategia más utilizada según su muestra para la etapa del diagnóstico es Espíritu de Lucha. Wang, Tu, Liu, Ye y Hsu (2013) además reportaron que la estrategia más utilizada por el grupo en seguimiento, fue la de Fatalismo, siendo estos resultados similares a los reportados en el presente estudio.

Respecto al análisis de comparación de medias en los grupos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, la preocupación ansiosa mostró diferencias significativas en el grupo de diagnóstico comparado con el grupo que se encontraba en seguimiento. Siendo mayores los puntajes para las pacientes en diagnóstico. Ya que el diagnóstico de cáncer supone un conjunto de emociones tales como podrían ser el temor, la ansiedad, la incertidumbre. La persona puede anticiparse a pensar en los posibles tratamientos y evolución de la enfermedad, la pérdida de autonomía, modificación de roles ocupacionales y sociales (Gurevich et al, 2002), por lo cual pueden desencadenarse una serie de conductas de búsqueda excesiva de información, con el fin de disminuir sus dudas, o buscar una explicación a lo que les está sucediendo, todos estos aspectos pueden ser favorecedores de la aparición y mantenimiento de

sintomatología postraumática.

Respecto a los resultados de la calidad de vida en los diferentes grupos de pacientes, quienes tuvieron mayores puntajes fue el grupo de pacientes en seguimiento ($M=84.1$, $D.E.=10.5$), es decir, quienes ya habían finalizado el tratamiento y solo acudían al hospital para monitoreo para la detección oportuna de una recidiva o la aparición de un nuevo cáncer. En general los tres grupos mostraron una muy buena calidad de vida, ya que las puntuaciones posibles van de 0-100 y la media de la muestra fue de 83.5 ($D.E.=11.0$). Estos resultados fueron superiores a los reportados por Sat-Muñoz et al. (2011), (Media= 73.47, $D.E.=20.81$), Hernández y Landero (2014), (Media= 72.7; $D.E.=6.48$) y Rescalde y Samudio (2012), (Media= 74.8, $D.E.=12.9$), todos los resultados mencionados fueron en mujeres con cáncer de mama.

Aunque descriptivamente hubo diferencias en los puntajes de calidad de vida respecto a los grupos de pacientes en diagnóstico, tratamiento y seguimiento, en el análisis de comparación de medias, no se mostraron diferencias significativas.

De acuerdo a el cuarto objetivo de ésta investigación, respecto a la relación de las variables psicosociales con el trastorno de estrés postraumático en mujeres con cáncer de mama, los resultados fueron concluyentes en cuanto a la relación entre el estrés percibido y el TEPT, como en otras investigaciones se ha encontrado, el estrés tiene poder predictivo sobre el TEPT en personas con cáncer, ya que en ambos se hace una evaluación del acontecimiento como dañino o amenazante, el cual afecta a la seguridad, la propia persona, el futuro y pone en peligro su bienestar, diferenciándose en aspectos importantes, como

la temporalidad, ya que el estrés se refiere a hechos presentes y en el TEPT una característica esencial es la persistencia de las reacciones de estrés más allá de la finalización del evento traumático.

Como lo mencionan Kangas, Henry y Bryant (2005) en su estudio, los pacientes que cumplieron con el Trastorno de Estrés Agudo en la primera evaluación después del diagnóstico de cáncer pulmonar y de cabeza y cuello, cumplieron con los criterios del TEPT a los seis meses en un 53% y tiempo después, el 64% de los que habían cumplido los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Agudo inicialmente.

La depresión también correlacionó de manera significativa con el TEPT, la cual puede verse como una respuesta emocional al proceso del cáncer, por lo que si existen síntomas depresivos en las pacientes, habrá más posibilidades de desarrollar el TEPT, además de que también se puede considerar como una respuesta emocional a partir del desarrollo de síntomas o diagnóstico del TEPT. Estos resultados son consistentes con los reportados en el estudio de Gonçalves, Jayson y Tarrier (2011) con mujeres con diagnóstico de cáncer de ovario, en el cual se encontró una relación entre el trastorno de estrés postraumático y la depresión.

Tal como lo mencionan Kessler et al. (1995), el trastorno relacionado más frecuentemente con el trastorno de estrés postraumático, después de una exposición a un evento traumático, es la depresión. Además, Mehnert y Koch (2007) encontraron que las mujeres con diagnóstico de estrés postraumático relacionado con el cáncer o trastorno de estrés agudo tienen más probabilidades de tener un trastorno comórbido.

Cuando un evento se percibe como estresante o amenazante es de acuerdo a la interpretación que se hace de este y no del evento en sí, esto puede generar estrategias de afrontamiento al estrés, las cuales se refieren a las respuestas cognitivas y conductuales que lleva a cabo un sujeto ante el diagnóstico de cáncer (Greer, Morris & Pettingale, 1979). En el presente estudio, se encontró una relación entre la evitación cognitiva y el TEPT, la cual como se sabe se refiere al bloqueo de pensamientos y sentimientos asociados a la enfermedad, así como la minimización de la gravedad de la misma. La utilización de este tipo de estrategia de afrontamiento al cáncer puede ser contraproducente ya que impide la transformación de la percepción de la amenaza en una que pueda manejarse.

Estos hallazgos son similares a los encontrados por Elklit y Bloom (2011), quienes encontraron que las estrategias de evitación predicen el TEPT en pacientes con cáncer de mama. Tal como lo mencionan Schroevers, Kraaij y Garnefski (2011), dicho estilo de afrontamiento basado en la negación puede potenciar experiencias negativas. Por el contrario, algunos autores han relacionado el afrontamiento evitativo con un mejor ajuste psicológico, mayor calidad de vida y mayores tasas de supervivencia (Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quiceno, 2007; Greer et al., 1979; Greer, Morris, Pettingale & Haybittle, 1990).

La desesperanza se considera como una estrategia de afrontamiento al cáncer en el que la paciente puede sentir que no puede hacer nada por mejorar su estado de salud y que no cuenta con los recursos necesarios para afrontar la situación, es decir, la ausencia de control percibido. En el presente estudio se ha encontrado una relación significativa de este estilo de afrontamiento con la

sintomatología de TEPT, siendo esto similar a los resultados de Pérez et al. (2014), en el que el desamparo/desesperanza se mostró como mejor predictor de la sintomatología de TEPT en su estudio longitudinal en mujeres con cáncer de mama.

Finalmente, la preocupación ansiosa correlacionó de manera positiva con el TEPT, la cual se caracteriza por la búsqueda excesiva de información respecto al cáncer y continua preocupación y alerta ante cualquier síntoma físico, siendo estos resultados consistentes con los encontrados con Pérez et al., (2014). Tal y como Eckhardt (1998) propone, existe una similitud entre esta estrategia de afrontamiento en cuanto al estado de alerta y focalización en las propias sensaciones corporales y los síntomas de activación de TEPT observados en pacientes de cáncer (Cordova et al., 1995). Además, este resultado podía esperarse debido a que las reacciones intrusivas, rumiativas y evitativas pueden ser consideradas como criterios del TEPT (Kangas, Henry & Bryant, 2009).

No se encontró relación entre las estrategias de afrontamiento de espíritu de lucha y fatalismo. Este último, considerado como una actitud de resignación, en la que las pacientes pueden experimentar el cáncer como una amenaza menor y no existe ningún control ante la situación, esto debido a la ausencia de una estrategia de lucha activa contra el cáncer y todas sus implicaciones. Una explicación a este resultado podría ser desde la percepción de poca amenaza de la enfermedad, por lo cual podría haber una reducción en la tensión emocional y en los pensamientos negativos asociados a la enfermedad. Estos resultados difieren a los encontrados por Levine et al. (2005), el cual menciona

que este estilo de afrontamiento está asociado a la sintomatología del TEPT.

La ausencia de relación entre la estrategia de espíritu de lucha y la sintomatología del TEPT fue inesperada, ya que ésta es considerada como una estrategia de afrontamiento activa en el que la paciente percibe la enfermedad como un reto con una tendencia a afrontar activamente la enfermedad. Ya que existe una relación inversa entre este tipo de afrontamiento y emociones negativas, como pueden ser la culpa, hostilidad, depresión y ansiedad, como ya lo han encontrado diversos autores (Burguess, Morris & Pettingale, 1987; Nelson, Friedman, Baer, Larie & Smith, 1989; Watson et al., 1991). Como lo menciona Brennan (2001), las respuestas de afrontamiento activo se relacionan con una buena adaptación psicológica, ya que el alcanzar niveles óptimos de afrontamiento son necesarios para disminuir el riesgo de desarrollar TEPT (Corzo & Bohorquez, 2009).

De las variables que anteriormente se describieron como relacionadas con la sintomatología del TEPT, de acuerdo a la estimación del modelo estructural para la explicación de éste trastorno, las que resultaron en el modelo final como significativas fueron, el estrés percibido, y la preocupación ansiosa, explicando en conjunto el 36% de la varianza explicada de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático. El estrés tuvo un efecto directo sobre el TEPT, así como también aportó a la varianza de forma indirecta con la preocupación ansiosa como mediadora.

La influencia del estrés sobre la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático, ha sido comprobada anteriormente (Kangas et al., 2005;), donde se menciona tiene un poder predictivo sobre el desarrollo de este trastorno.

Esto es congruente con el Modelo Explicativo de González y Landero (2006), ya que como ellos mencionan la percepción de estrés puede generar reacciones físicas y emocionales.

Entonces, partiendo de los resultados de la presente investigación, parte importante de la sintomatología del TEPT, puede ser resultado de la evaluación del acontecimiento como dañino o amenazante, el cual puede afectar la seguridad, la propia persona, el futuro y puede poner peligro su bienestar, así como también de la valoración en cuanto a los recursos con los que la persona cuenta, el cual, cuando se considera estresante, es que ha sobrepasado las capacidades personales para afrontarlo (Lazarus & Folkman, 1984; Ehlers & Clark, 2000). En el presente estudio se presenta como el mejor predictor de sintomatología postraumática.

El modelo explicativo para el estrés y los síntomas psicosomáticos (González & Landero, 2006), considera a las estrategias de afrontamiento como respuestas que el individuo crea a partir de transacciones estresantes, para dominar, reducir y/o tolerar las exigencias internas y/o externas (Lazarus & Folkman, 1984). Es decir, los esfuerzos cognitivos y conductuales que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés (Sandín, 1995). Éstas pueden ser adaptativas, mientras que otras no lo son, tal como lo mencionan Sandín y Chorot (2003).

Nuestros resultados a partir del modelo final, confirman el modelo de González y Landero (2006), respecto a las estrategias de afrontamiento como respuesta al estrés. En este caso, la estrategia de afrontamiento que mostró como respuesta al estrés en pacientes con cáncer de mama, fue la

preocupación ansiosa.

A su vez, esta estrategia funciona como mediadoras entre el estrés percibido y la sintomatología del TEPT. Es decir, que a partir de la percepción de estrés y con la utilización de esta estrategia de afrontamiento al cáncer como suceso estresante, se presentará como consecuencia la sintomatología del trastorno de estrés postraumático.

Este resultado es consistente con el Modelo Cognitivo de Ehlers y Clark (2000), el cual nos dice que cuando la persona percibe una amenaza actual grave, trata de controlar la amenaza y los síntomas por una serie de estrategias, las cuales estarán significativamente relacionadas con las evaluaciones que la persona hace al trauma y sus creencias sobre la mejor manera de lidiar con él.

La preocupación ansiosa como respuesta al estrés también se presenta como predictora del TEPT, la cual se refiere al patrón comportamental característico es la excesiva búsqueda de información y la continua preocupación y alerta ante cualquier síntoma físico como indicador de recaída. Tal y como Eckhardt (1998) propone, existe una similitud entre esta estrategia de afrontamiento en cuanto al estado de alerta y focalización en las propias sensaciones corporales y los síntomas de activación de TEPT observados en pacientes de cáncer (Cordova et al., 1995). Además, este resultado podía esperarse debido a que las reacciones intrusivas, rumiativas y evitativas pueden ser consideradas como criterios del TEPT (Kangas, Henry & Bryant, 2009).

Por lo anterior, podemos decir, que quienes consideren al diagnóstico como una gran amenaza, además de tener un comportamiento en el que estén

en constante búsqueda de información respecto a su padecimiento y alertas de cualquier síntoma físico, estarán más propensos a desarrollar y mantener la sintomatología del TEPT.

En el modelo final, la felicidad se encontró como respuesta emocional mediadora entre el estrés y la calidad de vida, siendo esto consistente con el modelo de González y Landero (2006) en el cual, al ser una emoción positiva puede funcionar como factor protector ante los efectos del estrés. Como ya se ha confirmado en diversas investigaciones, la felicidad, o los estados de ánimo positivos pueden influir en la percepción de salud y bienestar en general (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

En el modelo hipotético se planteaba una influencia directa del TEPT en la calidad de vida, relación que no pudo confirmarse. Sin embargo, encontramos que las variables que se presentan como predictoras del TEPT, también se muestran como predictoras en la calidad de vida, pero con la polaridad contraria. Es decir, entre menos utilicen como respuesta al estrés el desamparo y la preocupación ansiosa y tengan más emociones positivas, mayor será la calidad de vida.

El modelo explicativo del estrés y síntomas psicossomáticos (González & Landero, 2006) considera al apoyo social como la valoración del apoyo ambiental con el que la persona cuenta. Este se considera como una variable amortiguadora del mismo (Cohen, 1988), el cual puede disminuir la evaluación de una situación estresante mediante la provisión de soluciones al problema o reduciendo la importancia con que se percibe la situación. En el presente estudio no se confirmó el efecto directo del apoyo social sobre el estrés. Siendo

esto consistente con los resultados de Hernández & Landero (2014) en el que no se confirmó una relación directa entre estas variables. Por el contrario, múltiples estudios han confirmado esta relación del apoyo social como amortiguadora ante la evaluación de un suceso estresante (Del Mar González et al., 2001; Landero & González, 2004; Juárez & Landero, 2009).

Una posible explicación a esto podría ser que el papel del apoyo social, específicamente el de tipo emocional, puede verse mediado por otras variables moduladoras, como puede ser la inexpressión emocional (Buck, 1993), y en base a los puntajes altos en control emocional en las pacientes de este estudio, variable que se refiere a la inexpressión de sentimientos negativos, podríamos decir que este lograra anular el efecto amortiguador de esta variable ante el estrés.

Se esperaba también, la confirmación de la influencia del control emocional sobre el estrés. Esto basado en lo que Sandín (1999) menciona como variables personales que pueden funcionar como moduladoras del estrés, entre las que se encuentra la alexitimia, ya que en ambos constructos, se tiene la tendencia a la inexpressión de emociones.

Sin embargo, no se confirmó dicha influencia en el modelo final. Esto podría explicarse desde lo que mencionan Greer y Watson (1985), quienes consideran el control emocional como un estilo comportamental ante situaciones estresantes, entonces puede que más que un estilo de personalidad, sea una respuesta conductual a las situaciones de estrés, no como mediadora en la evaluación de una situación estresante. Bleiker et al. (2000) mencionan que existe un paralelismo existente entre las características

de evitación e intrusión y la supresión y embotamiento emocional que se producen en respuesta a un trauma.

No se confirmó la evitación cognitiva, el fatalismo y la desesperanza, como respuesta al estrés, ni como predictoras de la sintomatología del TEPT. Una explicación a este hallazgo sería que una de las características de la estrategia de afrontamiento de evitación cognitiva es la minimización de la importancia de la enfermedad, mediante el bloqueo de pensamientos y sentimientos asociados a la misma. Y como sabemos, una de las características del estrés y el TEPT es la percepción de la situación como amenazante y desbordante de los propios recursos, por lo cual no podría darse una respuesta de este tipo ya que no hay una percepción de gravedad ante la situación en la utilización de esta estrategia.

También la utilización del fatalismo representa una amenaza menor en la que no se percibe control. Una explicación a este resultado podría ser desde la percepción de poca amenaza de la enfermedad, por lo cual podría haber una reducción en la tensión emocional y en los pensamientos negativos asociados a la enfermedad. Estos resultados difieren a los encontrados por Levine et al. (2005), los cuales mencionan que este estilo de afrontamiento está asociado a la sintomatología del TEPT.

Uno de los factores que incrementan las evaluaciones negativas según los Ehlers y Clark (2000), es la derrota mental, la cual se refiere al sentimiento de pérdida de autonomía psicológica, es decir la incapacidad de la persona para influir en su destino, es decir, la desesperanza como estrategia de afrontamiento, sin embargo, aunque la desesperanza se mostró correlacionada

con el TEPT, su aportación en el modelo fue muy baja, y basados en el objetivo de obtener un modelo parsimonioso, no se consideró en el modelo final.

Tampoco se presentó como respuesta al estrés ni como predictor del TEPT, el espíritu de lucha. Se esperaba una relación negativa entre la estrategia de espíritu de lucha y la sintomatología del TEPT, ya que ésta es considerada como una estrategia de afrontamiento activa en el que la paciente percibe la enfermedad como un reto con una tendencia a afrontar activamente la enfermedad. Diversos autores han confirmado la relación inversa entre este tipo de afrontamiento y emociones negativas, como pueden ser la culpa, hostilidad, depresión y ansiedad (Burguess, Morris & Pettingale, 1987; Nelson, Friedman, Baer, Larie & Smith, 1989; Watson et al., 1991). Como lo menciona Brennan (2001), las respuestas de afrontamiento activo se relacionan con una buena adaptación psicológica. Ya que el alcanzar niveles óptimos de afrontamiento son necesarios para disminuir el riesgo de desarrollar TEPT (Corzo & Bohorquez, 2009).

La depresión como respuesta emocional al estrés percibido, tampoco fue significativa en el modelo, así como tampoco se presentó como predictora del TEPT. Diversos estudios han encontrado que existe una influencia de dicha variable sobre el desarrollo de síntomas del TEPT (Naidich & Motta, 2000; Bleiker et al., 2000; Kangas et al., 2005; Mehnert & Koch, 2007).

Una explicación a que esta variable a pesar de que mostró en esta muestra tener una correlación con el TEPT, no haya quedado incluida en el modelo final, puede ser debido al gran número de variables incluidas en el modelo respecto al número de casos con los que se contó en la muestra, que

podría considerarse como limitado. Podemos decir que la depresión puede considerarse una variable con un aporte menor al modelo explicativo de la sintomatología del TEPT en mujeres con cáncer de mama.

En el presente estudio, se consideró la edad como variable moduladora del estrés y la sintomatología del TEPT, esto basándonos en diversos estudios empíricos que han encontrado una relación entre estas variables (Kaasa et al., 1993; Koopman et al., 2002), en las que comentan que las mujeres menores suelen manifestar mayor sintomatología postraumática y percibir la situación como más estresante. Sin embargo, nuestros datos no son concluyentes respecto a la edad como predictora de sintomatología del TEPT.

Por otra parte, existen algunas investigaciones que son consistentes con lo encontrado en nuestra investigación, en las que no se ha encontrado una relación entre la sintomatología de TEPT y la edad (Alter et al., 1996; Andrykowsky & Cordova, 1998; Naidich & Motta, 2000).

Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

Partiendo de los resultados obtenidos en este estudio, podemos concluir que como factores de riesgo ante la sintomatología del TEPT en mujeres con cáncer de mama se encuentran la percepción de estrés, y ante esto la utilización de estrategias de afrontamiento de desamparo/desesperanza, en donde las pacientes consideran que no pueden hacer nada para mejorar su situación en cuanto a su enfermedad, sumado por la estrategia de preocupación ansiosa, en la que se encuentran en constante búsqueda de información respecto al cáncer, esto aunado a un constante estado de alerta respecto a cualquier sintomatología física que se pudiese presentar durante o después de

haber finalizado todo el proceso que implica este padecimiento. Esto aportando un posible perfil psicológico de las pacientes que puedan estar más propensas a desarrollar sintomatología postraumática en un futuro.

Algunas de las limitaciones del presente estudio que es importante mencionar para que se consideren en futuros estudios. Una de ellas fue que es un estudio transversal y sería de gran aporte la aplicación de estudios longitudinales en los que se puedan identificar las etapas del proceso del cáncer en las que se presentan con más intensidad las variables predictoras del TEPT, ya que sería de gran ayuda al momento de elaborar tratamientos psicológicos. Además de indagar de manera más específica en las variables personales y sociodemográficas que podrían funcionar como mediadoras ante la percepción de estrés.

Otra limitación del presente estudio fue el hecho de la utilización de un auto informe para la evaluación del TEPT, ya que como es sabido, esto solo nos puede dar información sobre casos que pueden ser susceptibles a recibir un diagnóstico clínico. Sería importante que se considerara la utilización de una entrevista clínica que pueda dar como resultado información diagnóstica del TEPT.

Además, una limitación importante fue debido a que se trabajó con una muestra clínica y voluntaria, el número de casos fue reducido debido a que algunas mujeres se negaban a participar, además de que algunas interrumpían el llenado de los instrumentos al momento de pasar a su consulta, y al salir decidían retirarse del estudio no terminando de contestar en su totalidad los instrumentos requeridos para considerar su participación en la investigación.

Con lo anterior, se pretende que los resultados de esta investigación se tomen en cuenta por las personas que trabajen en el área de psicooncología y quienes tratan directamente con este tipo de pacientes, para que se elaboren programas de intervención oportunos en los que se consideren estos aspectos como centrales al momento de trabajar en la prevención del desarrollo de sintomatología postraumática. Así como también, debido a la evidencia proporcionada en este estudio, se hagan evaluaciones de detección oportuna de estas variables, ya que una detección temprana de las variables predictoras, puede ayudar a la identificación precoz de las pacientes con mayor riesgo de desarrollar sintomatología del TEPT.

Se propone, debido a la evidencia que existe en el tratamiento de esta patología los programas con enfoque cognitivo-conductual (Robertson, 2004; Ehlers & Clark, 2008) y la intervención terapéutica por medio de EMDR (Shapiro, 2001; Hogberg et al., 2007; Van der Kolk et al, 2007), la cual se ha demostrado como una alternativa efectiva para el tratamiento de este trastorno, así como el tratamiento de los síntomas comorbidos.

Se propone la intervención oportuna mediante estas herramientas, la reducción y el tratamiento del estrés percibido, así como intervención psicológica en el desarrollo o adquisición en estrategias de afrontamiento activas, que les permitan una mejor adaptación al proceso del cáncer y se pueda reducir la posibilidad de desarrollar sintomatología del trastorno de estrés postraumático y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. & Vázquez, C. (2006). Guías Clínicas. *SERGAS*, 6(11); 1-6.
- Alter, C. L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., Grobois, B., Mandel, F., Septimus, A. & Kaplan, S. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, 137-143.
- Alzabaidey, J. (2012). Quality of life assessment for patients with breast cancer receiving adjuvant therapy. *Journal of Cancer Science Therapy*, 4(3), 51-55. doi:10.4172/1948-5956.1000110.
- American Cancer Society (2010). *Cancer Reference Information*, http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_2_1x_What_Is_Cancer.asp?sitearea=
- American Psychiatric Association (1994). *Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM IV)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Andreu, Y. (1998). Personalidad tipo C. Historia y validez del concepto. *Boletín de psicología*, 1(59), 75-104.
- Andrykowski, M. A. & Cordova, M. J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Andersen Model. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (2), 189-203.
- Andrykowski, M. A. & Kangas, M. (2010). Posttraumatic stress disorder

- associated with cancer diagnosis and treatment. En J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. S. Ledernberg, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle (Eds.). *Psycho-Oncology* (2da Ed). New York: Oxford University Press.
- Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que interviene en el desarrollo del cáncer y la respuesta al tratamiento. *ANALES Sistema Sanitario de Navarra*, 24(1), 173-178.
- Arnold, E. M. (1999). The cessation of the cancer treatment as a crisis. *Social Work Health*, 29, 21-38.
- Bardwell, W., Nitarajam, L., Dismdale, J., Mortimer, J., Hollenback, K. (2006). Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*; 24(16), 2420-7.
- Barra, E. (2003). Influencia del Estado Emocional en la Salud Física. *Terapia Psicológica*, 21, 55-60.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. & Vélez, V. (2004). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24, 55-61.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, J. & Brian, F. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19a. Ed.). España: Desclée de Brouwer.
- Bleiker, M.A., Pouwer, F., Von der Ploeg, H.M., Leer, W.H., & Ader, H.J. (2000). Psychological distress 2 years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Education Counseling Journal*, 40, 209-217.

- Brandan, M. & Villaseñor, Y. (2006). Detección del cáncer de mama: Estado de la mamografía en México. *Cancerología*, 1, 147-162.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer coping of personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1-8. Doi: 10.1002/1099-1611(20101/02)10:1
- Brissette, I., Scheier, M. & Carver, C. (2002). The Role of Optimism in Social Network Development, Coping, and Psychological Adjustment During a Life Transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102 - 111. doi:10.1037//0022-3514.82.1.102
- Burgess, C., Morris, T. & Pettingale, K. (1987). Psychological response to cancer diagnosis II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *Journal of Psychosomatic Research*, 32 (3), 263-272.
- Burgess, C., Morris, T. & Pettingale, K. (1988). Psychological response to cancer diagnosis II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *Journal of Psychosomatic Research*, 32 (3), 263-272.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2, 71-80.
- Cantor, S., Fahs, M., Mandelblatt, J., Myers, E., Sanders, G. (2003). Decision science and cervical cancer. *Cancer*, 98(9), 2003-2008.
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Journal of public Health*, 31(4), 425-435. doi:10.1590/S0034-89101997000400012

- Cella, D., Mahon, R., & Donovan, M. (1990). Cancer recurrence as a traumatic event. *Behavioral Medicine*, 16, 15-22.
- Cerezo, M.V., Ortíz-Tallo, M. & Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140.
- Chen, W & Colditz, G. (2007). Risk factors and hormone-receptor status: epidemiology, risk-prediction models and treatment implications for breast cancer. *Nature Clinical Practice Oncology*, 4, 415-23.
- Cheng, P. Y. & Chang, H. C. (2012). The coping process of patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 10-16.
- Cheng, S., Lay, Y., Chen, S., Shun, S., Liao, Y., Tu, S., Chen, C., Hsiang, C. & Chen, C. (2011). Changes in quality of life among newly diagnosed breast cancer patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 70-79.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03735.x>
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544- 550.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. doi:10.1037//0033-2909.98.2.310
- Cohen, S. (1988). Psychosocial model of the role of social support in the

- etiology of psysical diseases. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cordova, M. J., Andrykowsky, M. A., Kenady, D. E., McGrath, P. C., Sloan, D. A. & Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of traumatic stress disorder like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 981-986.
- Cordova, M., Andrykowski, M., Kenady, D., McGrath, P., Sloan, D. & Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic stress disorder like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6), 981-986.
- Corzo, P. A. & Bohorquez, A. P. (2009). Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate. *Revista Med*, 17(1), 14-19.
- Corzo, P. A. & Bohorquez, A. P. (2009). Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate. *Revista Med*, 17(1), 14-19.
- Costa, G. & Gil, F. L. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Revisada del Impacto Estresante (IES-R) en una muestra española de pacientes con cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33 (149), 311-331.
- Cruzado, J. (2006). La formulación clínica en psicooncología: Un caso de depresión, aversión a alimentos y problemas maritales en una paciente de cáncer de mama. *Psicooncología*, 3, 175-187.

- Del Mar González-Tablas, M., Palenzuela, D. L., Pulido, R. F., Sáez Regidor, L. M. & López, E. (2001). The role of generalized expectancies of control on coping and psychological adjustment in women with breast cancer. *Ansiedad y Estrés*, 7(1), 1-14.
- Díaz, G. & Yaringaño, J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista del Instituto de Investigación en Psicología*, 13(1), 69-86.
- Diemling, G. T., Kahana, B., Bowman, K. E. & Schaefer, M. L. (2002). Cancer survivorship and psychological distress in later life. *Psycho-Oncology*, 11, 479-494.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E. y Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Durá, E. & Ibañez, E. (2000). Psicología Oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicología, Salud e Doencas*, 1(1), 27-43.
- Durá, E., Andreu, Y., Galdón, M., Ibañez, E., Pérez, S., Ferrando, M., Murgui, S., & Martínez, P. (2010). Emotional Suppression and Breast Cancer: Validation Research on the Spanish Adaptation of de Courtland Emotional Control Scale (CECS). *Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 406-417.
- Eckhardt, J. R. (1998). *Coping style and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Women with Primary Breast Cancer*. Tesis doctoral inédita. Faculty of The California School of Professional Psychology at

Alameda. California.

- Ehlers, A. & Clark, D. (2008). Post-traumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments. *Nordic Journal of Psychiatric*, 62(47), 11-18.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Elias, S., Contreras, A. & Llanque, C. (2008). Cáncer o carcinoma de mama. *Revista Pacheña de Medicina Familiar*. 5(7), 14-23.
- Elklit, A., & Blum, A. (2011). Psychosocial adjustment one year after the diagnosis of breast cancer: a prototype study of delayed PTSD. *British Journal of Psychology*, 50, 350-363.
- Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowieki, D., Oppedisano, G., Gerdhart, C., Primo, K. & Krag, D. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18 (4), 315-326.
- Espínola-Rodríguez, S. & Carmelo, E. (2010). Validación Argentina del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 155-168.
- Fawzy, F. & Greenberg, D. Oncology. En Rundel, J. & Wise, M. (1996). *Textbook of consultation-Liarson Psychiatric*. Washington: The American Psychiatric Press.
- Fayers, P., Aaronson, N., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D. & Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3a ed.)*. Bruselas: European Organization for Reserch and Treatment of Cancer.

- Fernández, C., Padierna, C., Villoria, E., Amigo, I., Fernández, R., & Peláez, I. (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*, 23(3), 374-381.
- Fischer, D. & Wedel, B. (2012). Anxiety and depression disorders in cancer patients: incidence, diagnosis and therapy. *Magazine of European Medical Oncology*, 5, 52-54. <http://dx.doi.org/10.1007/s12254-012-0327-2>.
- Franco-Marina, F., Lazcano-Ponce, E., y López-Carrillo, L., (2009). "Mortalidad por cáncer de mama en México. Un análisis de edad-periodo-cohorte". *Salud Pública de México*, 51(2) ,157-164.
- Friedman, L., Nelson, D. Baer, P., Lane, M. & Smith, F. (1991). Adjustment to breast cancer: a replication study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8, 27-40.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud: afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gil- Roales, J. (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

- Gjesfjeld, Ch., Greeno, G. & Kim, K. (2008). A Confirmatory Factor Analysis of an Abbreviated Social Support Instrument: The MOS-SSS. *Research on Social Work Practice*, 18(3), 231-237.
- Golden-Kreutz, D. & Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with stress. *Psycho-Oncology*, 13, 211-220.
- Golden-Kreutz, D. M., Browne, M. W., Frierson, G. M., & Adersen, B. L. (2004). Assessing stress in cancer patients: a second order factor analysis model for the Perceived Stress Scale. *Assessment*, 11(3), 216-223.
- Gonçalves, V., Jayson, G. & Tarrier, N. (2011). A longitudinal investigation of posttraumatic stress disorder in patients with ovarian cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 422-431.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.09.017>
- González, M. & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199-206.
- González-Ramírez, M.T., Rodríguez-Ayan, M. N. & Landero, R. (2013). The Perceived Stress (PSS): Normative Data and Factor Structure for a Large Scale Sample in Mexico. *Spanish Journal of Psychology*, 16 (47), 1-9.
- Grau, J. (1998). La calidad de vida en el enfermo de cáncer avanzado. En Gómez-Sancho, M. (Ed.). *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. La Habana: ICEPSS.
- Greer, S. & Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: psychological considerations. *Social science and medicine*, 20, 773-777.

- Greer, S. & Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys*, 6 (3), 439-453.
- Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K. W. (1979). Psychological response to breast cancer. Effect on outcome. *Lancet*, 785-787.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. & Haybittle, J. (1990). Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet*, 335, 49-50.
- Gurevich, M., Devins, G. M. & Rodin, G. M. (2002). Stress response syndromes and cancer: conceptual assessment issues. *Psychosomatics*, 43, 259-281.
- Hart, G., McQuellon, R. & Barret, R. (1994). After treatment ends. *Cancer Practices*, 2 (6), 417-420.
- Hatam, N., Ahmadloo, N., Ahmad Kia Daliri, A., Bastani, P., Askarian, M. (2011) Quality of life and toxicity in breast cancer patients using adjuvant TAC (docetaxel, doxorubicin, cyclophosphamide), in comparison with FAC (doxorubicin, cyclophosphamide, 5-fluorouracil). *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 284, 215-220. doi: 10.1007/s00404-010-1609-8.
- Helgeson, S., Cohen, S. Schulz, R. y Yasko, J. (2000). Group Support Interventions for Women With Breast Cancer: Who Benefits From What? *Health Psychology*, 19 (2), 107-114. doi:10.1037//0278-6133.19.2.107
- Helgeson, V. & Cohen, S. (1996). Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. *Health Psychology*, 15(2), 135-148. doi:10.1037//0278-6133.15.2.135
- Hernández, F. & Landero, R. (2014a). Aspectos psicosociales relacionados con

la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *SUMMA Psicológica UST*, 11(1), 99-104.

Hernández, F. & Landero, R. (2014b). Propiedades psicométricas de la Escala de Felicidad Subjetiva (SHS) y su relación con el estrés, la salud percibida y el apoyo social en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(2-3), 359-369.

Högberg, G., Pagani, M., Sundin, O., Soares, J., Aberg-Wistedt, A., Tärnell, B. & Hällström, T. (2007). On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers--a randomized controlled trial. *Nord Journal of Psychiatry*, 61(1), 54-61. doi:10.1080/08039480601129408

Horowitz, M. J., Wilner, M. & Álvarez, W. (1979). Impact of Events Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

Huang, Ch. & Hsu, M. (2013). Social support as a moderator between depressive symptoms and quality of life outcomes of breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*. Publicación en prensa: doi: 10.1016/j.ejon.2013.03.11.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Estadísticas a propósito del Día Mundial Contra el Cáncer. Febrero de 2010. Revisado el 24 de febrero de 2010, de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2010/cancer10.doc>

Jopp, D. & Rott, C. (2006). Adaptation in very old age: exploring the role of resources, beliefs and attitudes for centenarian's happiness. *Psychology an*

Aging, 21, 266-280. doi: 10.1037/0882-7974.21.2.266.

Juárez, D. & Landero, R. (2009). Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. *SUMMA Psicológica UST*, 6 (2), 79 – 88.

Kaasa, S., Malt, U., Hagen, S., Wist, E., Moum, T., & Kvikstad, A. (1993). Psychological distress in cancer patients with advanced disease. *Radiotherapy and Oncology*, 27, 193-197.

Kangas, M., Henry, J. L. & Bryant, R. A. (2005a). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), 360-364.

Kangas, M., Henry, J. L. & Bryant, R. A. (2005b). Predictors of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 360-364.

Kelly, B., Raphael, B., Smithers, M., Swanson, C., McLeod, R., Thomson, D. & Walpole, W. (1995). Psychological responses to malignant melanoma. An investigation of traumatic stress reactions to life-threatening illness. *General Hospital Psychiatry*, 17, 126-134.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Khalid, R. & Gul, A. (2000). Posttraumatic stress disorder like symptoms in breast cancer. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 26 (1-2), 47-55.

- Kirschbaum, C. Prussner, J. Stone, A. Federenko, L. Gaab, J. Lintz, D. Schommer, N. & Hellhammer, D. (1995). Persistent High Cortisol Responses to Repeated Psychological Stress in a Subpopulation of Healthy Men. *Psychosomatic Medicine*, 57, 468-474.
- Knaul, F., López-Carrillo, L., Lazcano-Ponce, E., Gómez, H., Romieu, I. & Torres, G. (2009). "Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud". *Salud Pública de México*, 51(2), 135-137. doi:10.1590/S0036-36342009000800002
- Knaul, F., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer A, & Frenk J, 2009. "Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante", *Salud Pública de México*; 51(2), 335-344. doi:10.1590/S0036-36342009000800026
- Knobf, M. (1986). Physical and psychological distress associated with adjuvant chemotherapy in women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 4, 678-684.
- Knobf, M. T. (2000). Symptom distress before, during and after adjuvant breast cancer therapy. *Developments in Supportive Cancer Care*, 4, 13-17.
- Knobf, M., Pasacreta, J., Valantine, A. & McCorkle, R. (1998). Chemotherapy, hormonal therapy, and Immunotherapy. En J. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Koopman, Ch., Butler, L. D., Classen, C., Giese-Davis, J., Morrow, G. I., Westendorf, J., Banerjee, T. & Spiegel, D. (2002). Traumatic stress

- symptoms among women recently diagnosed primary with breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (4), 277-287.
- Kwekkeboom, K. L. & Sheng, J. S. (2002). Recognizing and responding to posttraumatic stress disorder in people with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29, 643-650.
- Landero, R. & González, M. (2004). Variables psicosociales como predictor de la salud en mujeres. *Revista de Psicología Social*, 19 (3), 255-264.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Spriger.
- Lee, T.S., Kilbreath, S.L., Refshauge, K.M., Pendlebury, S.C., Beith, J.M. & Lee, M.J. (2008) Quality of life of women treated with radiotherapy for breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 16, 399–405.
- Levine, E. G., Eckhardt, J. & Targ, E. (2005). Change in posttraumatic stress symptoms following psychosocial treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14(8), 618-635.
- López, A., Ramírez, C., Esteve, R. & Anarte, M. (2002). El constructo de personalidad tipo C: Una contribución a su definición a partir de datos empíricos. *Psicología Conductual*, 10, 229-234.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855.

- Maguire, G., Lee, E., Bevington, D., Ktichemann, C., Crabtree, R. & Cornell, C. (1978). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Medical Journal*, 1, 963-965.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. (2008). *Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.
- Martín, J., Sánchez, M. & Sierra, J. (2005). Evaluación de la Calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, (14), 34-45.
- Massie, J. M. & Popkin, M. (1998). Depressive disorders. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Maté, J., Hollenstein, M. & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1, 211-230.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*, 16 (3), 181-188. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1057>.
- Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G. & Herchbach, P. (2009). Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18, 1273-1280.
- Mera, P.C. & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama.

Terapia Psicológica, 30(3), 69-78. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300007>

Moorey, S. & Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. Washington D.C: American Psychiatric Press.

Morales-Chávez, M., Robles-García, R., Jiménez-Pérez, M. & Morales-Romero, J. (2007). Las mujeres con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. *Salud Pública de México*, 9(4), 247-248. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342007000400003>.

Moreno, B. & Kern, E. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el trasplante de órganos: una revisión de literatura. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 46-52.

Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de la vida. En Buela-Casal, G., Caballo y Sierra, J. (Eds.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

Morris, T., Greer, H. & White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy. *Cancer*, 40, 2381-2387.

Moyano, E. & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la region Del Maule. *Universum*, 2(22), 184-200.

Naidich, J. & Motta, R. (2000). Posttraumatic stress disorder-related symptoms in women with breast cancer. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1 (1), 35-54. doi:10.1300/J288v01n01_04

National Cancer Institute, 2007, revisado el 17 de mayo de 2010

<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/explicacion-basica>

Neipp, M. C., López-Roig, S., Terol, M. C., & Pastor Mira, M. A. (2008). Coping and adaptation in breast cancer patients at the follow-up stage. *Ansiedad y Estrés*, 14(1), 115-126.

Nelson, D., Friedman, L., Baer, P., Lane, M. & Smith, F. E. (1989). Attitudes to cancer: Psychometric properties of fighting spirit and denial. *Journal of Behavioral Medicine*, 12 (4), 341-355.

North, R. J., Holahan, C. J., Moos, R. H., & Cronkite, R. C. (2008). Family support, family income and happiness: a 10-year perspective. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 475-483.

Novoa, A., Pliego, M., Malagón, B. & Bustillos, R. (2006). Historia natural del cáncer de mama. *Ginecología y Obstetricia de México*, 74(2), 115-120.

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.

Oblitas, L. (Ed.). (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thompson.

Olivares, M. (2007). Cirugía mamaria: Aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 4, 447-464.

Organización Mundial de la Salud (2010). Cáncer. Nota descriptiva N°297, Julio de 2008. Revisado el 1 de abril de 2010, de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

- Ornelas-Mejorada, R.E. & Sánchez-Sosa, J. J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 401-414.
- Pasacreta, J (1998). Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. *Nursing Research*, 47(2), 67-8.
- Pereyra, M. (2006). Estrés y Salud. En Oblitas, L. (Ed), *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Thomson.
- Pérez, S. (2012). Sintomatología de estrés postraumático en pacientes con cáncer de mama e identificación de posibles factores de riesgo. Tesis Doctoral inédita. Universidad de Valencia. España.
- Pérez, S., Galdón, M. J., Andreu, Y., Ibañez, E., Durá, E., Conchado, A. & Cardeña, E. (2014). Posttraumatic stress symptoms in breast cancer patients: temporal evolution, predictors and mediation. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 234-231.
- Petersen, S., Bull, C., Propst, O., Dettinger, S. & Detwiler, L. (2005). Narrative therapy to prevent illness-related stress disorder. *Journal of Counseling and Development*, 83, 41-47.
- Primo, K., Compas, B., Oppedisano, G., Howell, D. Epping-Jordan, J. & Krag, D. (1999). Intrusive thoughts and avoidance in breast cancer: individual differences and association with psychological distress. *Psychology and Health*, 14, 1141-1153.

- Pulgar, M.A., Garrido, S., Muela, J.A. & Reyes, G.A. (2009). Validación de un inventario para la medida del estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en enfermos de cáncer (ISEAC). *Psicooncología*, 6(1), 167-190.
- Remor, E., Amorós, M. & Carrobles, J. (2006). Optimismo y la experiencia de la ira en relación con el malestar físico. *Anales de psicología*, 22(1), 37- 44.
- Rescalde, M. T., & Samudio, M. (2012). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 10(2), 13-29.
- Rico, J. L., Restrepo, M. & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, 3, 73-86.
- Ritterband, L & Spielberger, C (2001). Depression in a cancer population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 85-93.
- Rivero, R., Piqueras, J., Ramos, V., Garcia, L., Martínez, A., & Oblitas, L. (2008). Psicología y Cáncer. *Summa Psicológica UST*, 15(1), 171-198.
- Robertson, M., Humphreys, L. & Ray, R. (2004). Psychological treatments for posttraumatic stress disorder: recommendations for the clinician based on a review of literature. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(2), 106-118.
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L. & Morales, J. (2009). Depresión y Ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-201.

- Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H. & Palao, A. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de cáncer. *Psicooncología*, 8, 7-20.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica de Clínica Las Condes*, 17, 194-197.
- Sánchez, R & Álvarez, J. (2009). Cáncer infantil: estudio sobre el impacto psicológico en los pacientes y sus padres. En J. Álvarez, J. Morál, & J. Martínez (Comp.), *Psicología e Investigación en enfermedades degenerativas crónicas*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Sandín, B. (1995). Estrés. En Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (Eds). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.
- Sat-Muñoz, D., Contreras-Hernández, I., Balderas-Peña, L. M. A., Hernández-Chávez, G. A., Solano-Murillo, P., Mariscal-Ramírez, I. et al. (2011). Calidad de vida en mujeres Mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas

clínicas y su asociación con características sociodemográficas, estados co-mórbidos y características del proceso de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Value in Health*, 14, 133-136.

Schmid-Büchi, S., Halfens, R.J., Müller, M., Dassen, T. & Van den Borne, B. (2013). Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 22-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.003>

Schover, L. (2000) Quality counts: the value of women's perceived quality of life after cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 76, 3-4

Schroevers, M. J., Kraaij, V. & Garnefski, N. (2011). Cancer patients experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology*, 20, 165-172. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1718>

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21. doi:10.4067/S0717-95532003000200002

Secretaría de Salubridad y Asistencia. (2008). Rendición de cuentas de salud 2008. Revisado el 6 de mayo de 2010 de: www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/rcs2008.pdf

Secretaria de Salud (2007). Epidemiología. *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*, 24(31), 1-3.

Sefchovich, G. (2005). *Aprendiendo del Cáncer*. México D.F: Pax México.

Shapiro, F. (2001). *EMDR basic principles and protocols*. New York: Norton.

- Shelby, R. A., Golden-Kruetz, D. M. & Anderson, B. L. (2008). PTSD diagnosis subsyndromal symptoms and comorbid distress contribute to impairments for breast cancer survivor. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 165-172.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714.
- Silva, G. & Dos Santos, M.A. (2010). Factores estresantes del post-tratamiento del cáncer de mama: un enfoque cualitativo. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 18(4), 1-8.
- Sirera, R., Sánchez, P. & Camps, C. (2006). Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48.
- Tejero, A., Guimera, E., Farré, J. & Peri, J. (1986). Uso clínico del HAD. (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del dpto. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.
- Tjemmland, L., Soreide, J. & Malt, U. (1998). Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer III: Status one year after surgery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 47, 141-151.
- Tobón, S. & Vinaccia, S. (2003). Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida. *Psicología y Salud*, 13, 161-174.
- Turner-Cobb, J. Sephton, S. Koopman, C. Blake-Mortimer, J. & Spiegel, D. (2000). Social Support and Salivary Cortisol in Women With Metastatic Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine* 62, 337-345.
- Van der Kolk, B., Spinazzola, J., Blaustein, M., Hopper, J, Hopper, E., Korn, D.,

- Simpson, W. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance (2007). *Journal of Clinic Psychiatry*, 68(1), 37-46. doi:10.4088/JCP.v68n0105
- Vera-Villarroel, P. & Buéla-Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: Relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista latinoamericana de Psicología*, 31(2), 271-289.
- Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K., & Córdova-Rubio, N. (2011). Evaluación de la Felicidad: Análisis psicométrico de la Escala de Felicidad Subjetiva en población chilena. *Terapia Psicológica*, 29(1), 127-133.
- Veronesi, U., Boyle, P., Goldhirsch, A., Orecchia, R. & Viale, G. (2005). Breast Cancer. *The Lancet*. 365, 1727-1741.
- Villa, I. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y Salud*, 16, 51-62.
- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.
- Wang, W. T., Tu, P. C., Liu, T. J., Yeh, D. C. & Hsu, W. Y. (2013). Mental adjustment at different phases in breast cancer trajectory: re-examination of factor structure of the Mini-MAC and its correlation with distress. *Psycho-Oncology*, 22, 768-774. Doi: 10.1002/pon.3065

- Ward, S. E., Viergutz, G., Tormey, D., deMuth, J. & Paulen, A. (1992). Patients' reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy. *Nursing Research*, 41 (6), 362-366.
- Watson, M. & Greer, S. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: Psychological considerations. *Social Science & Medicine*, 20(8), 773-777
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Watson, M., Law, M., Dos Santos, M., Greer, S., Barich, J. & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: Further development of the manual of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 33-46.
- Weiss, D. & Marmar, C. (1997). The impact of event scale-revised. En J. Wilson & M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- White, C. (2002). ABC of psychological medicine cancer. *BMJ*. 325, 377-380.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 361-370.